Glen O. Gabbard

Tratat de psihiatrie psihodinamică

Traducere din limba engleză de
Maria Ladea, Camelia Petcu,
Daniela Popa, Mihaela Dumitrescu

TREI

EDITORI
Silviu Dragomir
Vasile Dem. Zamfirescu

DIRECTOR EDITORIAL
Magdalena Mărculescu

COPERTA
Faber Studio (Silvia Olteanu și Dinu Dumbrăvician)

REDACTOR
Daniela Ștefănescu

DTP
Ofelia Coșman

CORECTORI
Eugenia Ursu, Sînziana Doman

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
GABBARD, GLEN O.
Tratat de psihiatrie / Glen O. Gabbard ; trad.: Maria Ladea, Camelia Petcu, Daniela Popa, Mihaela Dumitrescu. - București : Editura Trei, 2007

Bibliogr.
Index
ISBN 978-973-707-164-4

I. Ladea, Maria (trad.)
II. Petcu, Camelia (trad.)
III. Popa, Daniela (trad.)
IV. Dumitrescu, Mihaela (trad.)

616.89
615.851.1

Această carte a fost tradusă după Glen O. Gabbard, M.D., *Psychodinamic Psychiatry in Clinical Practice*, American Psychiatric Publishing, Inc., ediția a patra, 2005

© 2005 American Psychiatric Publishing, Inc.

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. and London UK.
Copyright 2005. All rights reserved

Publicată pentru prima dată în SUA de către American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. and London UK.
Copyright 2005. Toate drepturile rezervate

© EDITURA TREI, 2007, pentru pentru prezenta ediție în limba română

ISBN 978-973-707-164-4

Cuprins

Prefață la ediția a patra 15

Mulțumiri pentru sursele bibliografice 17

Secțiunea I: Principii de bază și abordări terapeutice în psihiatria dinamică 19

1. Principii de bază ale psihiatriei dinamice *(trad. de Maria Ladea)* 21
   - 1.1 Valoarea unică a experienței subiective 24
   - 1.2 Inconștientul 25
   - 1.3 Determinismul psihic 30
   - 1.4 Trecutul este prologul 32
     - 1.4.1 Transferul 36
     - 1.4.2 Contratransferul 38
   - 1.5 Rezistența 40
   - 1.6 Neurobiologia și psihoterapia 41
   - 1.7 Rolul psihiatrului de orientare dinamică în psihiatria contemporană 44
2. Bazele teoretice ale psihiatriei dinamice *(trad. de Maria Ladea)* 46
   - 2.1 Psihologia Eului 47
     - 2.1.1 Mecanismele de apărare 48
     - 2.1.2 Aspecte adaptative ale Eului 49
   - 2.2 Teoria relațiilor de obiect 52
     - 2.2.1 O perspectivă istorică 54
     - 2.2.2 Sine și Eu 57
     - 2.2.3 Mecanisme de apărare 58
       - Clivajul 58
       - Identificarea proiectivă 59
       - Introiecția 62
       - Negarea 62
   - 2.3 Psihologia Sinelui 63
     - 2.3.1 Kohut 63

2.3.2 Contribuțiile de după Kohut 68
2.4 Considerații referitoare la dezvoltare 70
2.4.1 Mahler 72
2.4.2 Stern și după Stern 73
2.5 Teoria atașamentului 75
2.6. Rolul teoriei în practica clinică 77
3. Evaluarea psihodinamică a pacientului *(trad. de Maria Ladea)* 80
3.1 Interviul clinic 80
3.1.1 Diferențe între interviul psihodinamic și cel medical 81
3.1.2 Transfer și contratransfer 83
3.1.3 Abordarea istoricului pacientului 85
3.1.4 Examinarea stării psihice 90
Orientarea și percepția 90
Gândirea 91
Afectul 92
Activitatea 92
3.1.5 Testarea psihologică 93
3.2 Examenul fizic și neurologic 93
3.3 Diagnosticul psihodinamic 94
3.3.1 Caracteristicile Eului 95
3.3.2 Relațiile de obiect 96
3.3.3 Sinele 97
3.3.4 Modalitățile de atașament și mentalizarea 98
3.3.5 Formularea psihodinamică 99
3.4 Concluzii 101
4. Tratamente în psihiatria dinamică. Psihoterapia individuală *(trad. de Maria Ladea)* 103
4.1 Continuum expresiv-suportiv 103
4.2 Psihoterapia expresiv-suportivă 105
4.2.1 Scopuri 105
4.2.2 Durata 106
4.2.3 Frecvența ședințelor 107
4.2.4 Asocierea liberă 107
4.2.5 Neutralitate, anonimitate și abstinență 108
4.2.6 Intervențiile 111
Interpretarea 111
Observarea 111
Confruntarea 113
Clarificarea 113
Încurajarea de a elabora 113
Validarea empatică 114
Intervențiile psihoeducaționale 114
Sfatul și lauda 114

4.2.7 Transferul 115
4.2.8 Rezistențele 116
4.2.9 Perlaborarea 117
4.2.10 Utilizarea viselor 119
4.2.11 Alianța terapeutică 119
4.2.12 Mecanismele schimbării 120
4.2.13 Terminarea 123
4.2.14 Indicații pentru un accent expresiv sau suportiv în psihoterapie 125
4.3 Psihoterapia scurtă 127
4.3.1 Indicații și contraindicații 127
4.3.2 Numărul de ședințe 128
4.3.3 Procesul terapeutic 129
4.3.4 Psihoterapia suportivă scurtă 130
4.4 Psihoterapia de lungă durată versus psihoterapia scurtă 131
4.5 Eficacitatea psihoterapiei 132
5. Tratamente în psihiatria dinamică *(trad. de Maria Ladea)* 135
Terapia de grup, terapia familială/maritală și farmacoterapia 135
5.1 Psihoterapia dinamică de grup 135
5.1.1 Aspecte unice ale experienței de grup 135
5.1.2 Caracteristicile grupurilor psihoterapeutice 137
5.1.3 Transfer, contratransfer, rezistență și alianță de grup 139
5.1.4 Indicații și contraindicații 141
5.2 Terapie familială și maritală 143
5.2.1 Înțelegerea teoretică 144
5.2.2 Tehnica 145
5.2.3 Terapie maritală intersubiectivă și bazată pe psihologia Sinelui 147
5.3 Indicații și contraindicații 148
5.4 Farmacoterapia dinamică 149
5.4.1 Transferul 151
5.4.2 Contratransferul 153
5.4.3 Rezistențele 154
5.4.4 Alianța terapeutică 155
5.4.5 Tratamentul combinat 157
6. Tratamente în psihiatria dinamică *(trad. de Maria Ladea)* 160
Tratamentul informat dinamic în condiții de spitalizare completă și parțială 160
6.1 O perspectivă istorică 161
6.2 Principii dinamice în tratamentul spitalizat contemporan 162
6.2.1 Controlul activ al traumei trăite în mod pasiv 165

6.2.2 Menținerea atașamentelor 165
6.2.3 Un strigăt de ajutor 165
6.2.4 O dorință de transformare 166
6.3 Clivajul într-un cadru cu mai mulți terapeuți 169
6.4 Managementul clivajului într-un cadru cu mai mulți terapeuți 172
6.5 Rolul tratamentului de grup în serviciul de psihiatrie 175
6.6 Indicații pentru abordarea informată dinamic 176

Secțiunea II: Abordări dinamice ale tulburărilor din Axa I 181
7. Schizofrenia *(trad. de Camelia Petcu)* 183
7.1 Înțelegerea psihodinamică a schizofreniei 185
7.2 Abordări terapeutice 189
7.2.1 Farmacoterapia 189
7.2.2 Psihoterapia individuală 191
7.2.3 Psihoterapia de grup 199
7.2.4 Intervenția familială 199
7.2.5 Formarea abilităților psihosociale 201
7.2.6 Tratamentul în spital 202
8. Tulburările afective *(trad. de Camelia Petcu)* 210
8.1 Înțelegerea psihodinamică a depresiei 213
8.2 Psihodinamica suicidului 218
8.3 Considerații asupra tratamentului 221
8.3.1 Rezultatele cercetărilor 221
8.3.2 Principii de tratament 225
Mania 225
Depresia 228
8.4 Indicații și contraindicații 233
8.5 Tratamentul pacientului suicidar 235
9. Tulburările de anxietate *(trad. de Camelia Petcu)* 241
9.1 Tulburarea de panică 245
9.2 Fobiile 252
9.3 Tulburarea obsesiv-compulsivă 256
9.4 Tulburarea de stres posttraumatic 261
9.5 Tulburarea acută de stres 266
9.6 Tulburarea de tip anxietate generalizată 266
10. Tulburările disociative *(trad. de Camelia Petcu)* 271
10.1 Considerații generale 272
10.2 Tulburările disociative 274
10.2.1 Înțelegere psihodinamică 274
10.2.2 Considerații asupra tratamentului 281
Dimensiuni contratransferențiale 283
Tratamentul în spital 291
10.3 Tulburarea de depersonalizare 292
10.3.1 Înțelegere psihodinamică 293

10.3.2 Considerații asupra tratamentului 294
11. Parafiliile și disfuncțiile sexuale *(trad. de Daniela Popa)* 296
11.1 Parafiliile 296
11.1.1 Înțelegere psihodinamică 298
Exhibiționismul și voierismul 302
Sadismul și masochismul 303
Fetișismul 304
Pedofilia 306
Travestismul 307
11.1.2 Considerații asupra tratamentului 308
Tratamentele psihoterapeutice 310
Tratamentul intraspitalicesc 314
11.2 Disfuncțiile sexuale 316
11.2.1 Înțelegere psihodinamică 317
11.2.2 Considerații asupra tratamentului 321
12. Tulburările datorate utilizării de substanțe și tulburările de comportament alimentar *(trad. de Daniela Popa)* 325
12.1 Tulburările datorate utilizării de substanțe 325
12.1.1 Abordări psihodinamice ale acoolismului 327
12.1.2 Abordări psihodinamice ale consumului de drog 331
12.2 Tulburările de comportament alimentar 337
12.2.1 Anorexia nervoasă 338
Înțelegere psihodinamică 339
Abordări terapeutice 342
12.2.2 Bulimia nervoasă 346
Înțelegere psihodinamică 347
Considerații asupra tratamentului 349
13. Demența și alte tulburări cognitive *(trad. de Mihaela Dumitrescu)* 355
13.1 Afecțiuni prezente de la naștere: tulburarea hiperkinetică și de deficit de atenție 356
13.1.1 Înțelegere psihodinamică 357
13.1.2 Considerații asupra tratamentului 358
13.2 Afecțiuni cu debut târziu: leziunea cerebrală și demența 361
13.2.1 Înțelegere psihodinamică 361
13.2.2 Considerații asupra tratamentului 364

Secțiunea III: Abordări dinamice ale tulburărilor din Axa II 373
14. Grupa A. Tulburările de personalitate. Paranoidă, schizoidă și schizotipală *(trad. de Daniela Popa)* 375
14.1 Tulburarea de personalitate paranoidă 375
14.1.1 Înțelegere psihodinamică 378

14.1.2 Abordări terapeutice 380
14.1.3 Prevenția violenței 385
14.2 Tulburările de personalitate schizoidă și schizotipală 387
14.2.1 Înțelegere psihodinamică 389
14.2.2 Psihoterapia individuală 393
14.2.3 Psihoterapia dinamică de grup 396
15. Grupa B. Tulburări de personalitate. Borderline *(trad. de Daniela Popa)* 400
15.1 Evoluția termenului 400
15.2 Trăsături demografice și evoluția bolii 405
15.3 Înțelegere psihodinamică și etiologie 407
15.3.1 Formulări psihanalitice timpurii 407
15.3.2 Descoperiri empirice 408
15.3.3 Descoperiri din neurobiologie 411
15.4 Tratament 418
15.4.1 Farmacoterapia 418
15.4.2 Abordări psihoterapeutice 422
Cercetări empirice 422
Abordări expresive versus abordări suportive 426
15.4.3 Tratamentul în spital și în condiții de spitalizare parțială 441
15.4.4 Terapia familială 444
15.4.5 Psihoterapia de grup 446
16. Grupa B. Tulburări de personalitate. Narcisică *(trad. de Mihaela Dumitrescu)* 448
16.1 Fenomenologia tulburării de personalitate narcisică 451
16.2 Înțelegerea psihodinamică 455
16.3 Abordări terapeutice 462
16.3.1 Psihoterapia și psihanaliza individuală 462
Tehnica 462
Contratransferul 468
Psihoterapia de grup 472
16.4 Tulburarea de personalitate narcisică de-a lungul ciclului vieții 474
17. Grupa B. Tulburări de personalitate. Antisocială *(trad. de Mihaela Dumitrescu)* 477
17.1 Epidemiologie 480
17.2 Înțelegere psihodinamică 481
17.3 Abordări terapeutice 488
17.3.1 Tratamentul în spital 488
17.3.2 Psihoterapia individuală 496
17.3.3 Perspective asupra prevenției 499
18. Grupa B. Tulburări de personalitate. Isterică și histrionică *(trad. de Daniela Popa)* 501

18.1 Isteric versus histrionic 501
18.2 Sexul și diagnosticul 506
18.3 Stilul cognitiv și mecanismele de apărare 508
18.4 Înțelegere psihodinamică 509
18.5 Abordări terapeutice 513
18.5.1 Psihoterapia individuală 513
Principii de tehnică 513
Managementul transferului erotic 515
Diferențe de sex în transferul erotic 527
18.5.2 Psihoterapia de grup 528
18.6 Concluzii 528
19. Grupa C. Tulburări de personalitate. Obsesiv-compulsivă, evitantă și dependentă *(trad. de Mihaela Dumitrescu)* 530
19.1 Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă 530
19.1.1 Înțelegere psihodinamică 532
19.1.2 Considerații psihoterapeutice 537
19.2 Tulburarea de personalitate evitantă 544
19.2.1 Înțelegere psihodinamică 546
19.2.2 Abordări psihoterapeutice 547
19.3 Tulburarea de personalitate dependentă 550
19.3.1 Înțelegere psihodinamică 552
19.3.2 Considerații psihoterapeutice 554
19.4 Tulburarea de personalitate fără altă specificație (FAS) 556

Bibliografie generală 559
Indice 659

Profesorilor, pacienților și studenților mei

Prefață la ediția a patra

Când m-am apucat să lucrez la această nouă ediție a *Tratatului de psihiatrie psihodinamică*, mi-am dat seama cât de multe lucruri s-au schimbat în acest domeniu de la apariția versiunii anterioare a tratatului. Eram într-o dilemă. Pentru a păstra un preț accesibil, colegii mei de la American Psychiatric Publishing mi-au cerut să mă limitez cam la același volum de material ca și cel al ediției precedente. Nu puteam să adaug tot materialul nou pe care doream să-l includ, fără să crească în mod considerabil dimensiunea, greutatea și costul cărții. Astfel, a trebuit să recitesc sistematic fiecare capitol și să decid care părți din text puteau fi sacrificate, fără să compromită înțelegerea și utilitatea volumului. În fiecare caz am căutat rezultate din cercetare sau formulări teoretice mai vechi, care nu mai puteau fi calificate drept un material „la limită". Această sarcină a constituit o provocare, întrucât în același timp am încercat să păstrez înțelepciunea clinică, practic atemporală, și care s-a acumulat de-a lungul deceniilor de practică.

Această nouă ediție continuă orientarea către integrarea datelor din aria neuroștiinței, începută în versiunea anterioară. În ultimii ani s-a dezvoltat, cu rapiditate, domeniul neuropsihanalizei, iar contribuțiile neuroștiinței, precum și ale celor care examinează interacțiunea dintre gene și mediu confirmă perspectiva psihanalitică a dezvoltării și mecanismele psihice. În această ediție am încercat să includ în componența primelor două capitole acele date care descriu principiile de bază și fundamentul teoretic al psihiatriei dinamice. Am făcut acest lucru dorind să subliniez din nou că psihiatrii de orientare psihodinamică trebuie să se situeze, în mod ferm, într-un context biopsihosocial care recunoaște nevoia de a integra datele psihiatriei biologice în cadrul teoriilor noastre referitoare la psihicul uman. Teoriile psihanalitice ale dezvoltării, de exemplu, nu mai pot fi separate de ceea ce cunoaștem despre dezvoltarea creierului și impactul mediului asupra expresiei genelor. Am inclus chiar și imagini, atunci când a fost necesar, care ilustrează arii cerebrale relevante. În plus, am adus la zi fiecare capitol din carte, prin includerea unor studii și teorii noi, relevante.

De la publicarea celei de-a treia ediții a *Tratatului de psihiatrie psihodinamică*, au avut loc și schimbări în responsabilitățile mele profesionale. Am părăsit Clinica Menninger după 26 de ani și m-am mutat la Colegiul Medical Baylor, unde am devenit director al Clinicii de Psihiatrie Baylor. M-am ocupat foarte mult de rezidenții din psihiatrie, pe măsură ce aceștia încercau să învețe teoria și practica psihodinamică. Am scris chiar și o carte asociată acestui volum, intitulată *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text* (*Psihoterapia psihodinamică de lungă durată: un text de bază*), publicată, de asemenea, de American Psychiatric Publishing. În acea carte am descris elementele de bază ale tehnicii din practica terapiei psihodinamice pentru rezidenții începători din psihiatrie și pentru alți studenți în sănătate mintală. Suportul teoretic și aplicarea tehnicilor respective la tulburările psihiatrice specifice sunt incluse în această a patra ediție. Mă minunez cât de mult am învățat de la studenții mei despre cum să predau și cum să scriu și sunt recunoscător că ei fac parte din viața mea profesională de zi cu zi.

Doresc să-mi exprim aprecierea față de președintele de la Baylor, dr. Stuart Yudofsky, care m-a susținut în munca mea prin încurajări zilnice și prin participarea la adunarea de fonduri pentru catedra de psihanaliză, într-o eră în care astfel de catedre constituie o raritate în psihiatria academică. Îi sunt, de asemenea, recunoscător doctorului Robert Hales, redactor-șef la American Psychiatric Publishing, pentru permanenta coordonare și susținere a contribuțiilor psihodinamice în domeniu, inclusiv a mea. Alți colegi și colaboratori care au contribuit direct sau indirect la munca mea, reflectată în acest volum, sunt Drew Westen, Andreea Seritan, Kristin Kassaw, Tanya Bennett, Lisa Miller, Melissa Martinez, Peter Fonagy, John Gunderson și Jennifer Pate. Ca întotdeauna, John McDuffie, Greg Kuny și Bob Pursell de la American Psychiatric Publishing au făcut ca procesul de editare și publicare să decurgă cât mai plăcut cu putință. Diane Trees-Clay și Faye Schoenfeld au transcris numeroase versiuni ale manuscrisului cu acuratețe, eficiență și cu o minunată atitudine optimistă, drept pentru care le sunt profund recunoscător.

Mulțumiri pentru sursele bibliografice

Autorul mulțumește pentru acordarea permisiunii de a reproduce fragmente din următoarele materiale:

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a, Washington DC, American Psychiatric Association, 1994. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „The exit line: heightened transference-countertransference manifestations at the end of the hour", *J Am Psychoanal Assoc* 30:579–598, 1982. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „The role of compulsiveness in the normal physician", *JAMA* 254:2926–2929, 1985. Copyright 1985, American Medical Association. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „The treatment of the «special» patient in a psychoanlytic hospital", *Int Rev Psychoanal* 13:333–347, 1986. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „A contemporary perspective on psychoanalytically informed hospital treatment", *Hosp Community Psychiatry* 39:1291–1295, 1988. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „Patients who hate", *Psychiatry* 52:96–106, 1989. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „Splitting in hospital treatment", *Am J Psychiatry* 146:444–451, 1989. Copyright 1989, American Psychiatric Association. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „Two subtypes of narcissistic personality disorder", *Bull Menninger Clin* 53:527–532, 1989. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „Psychodynamic psychiatry in the «decade of the brain»", *Am J Psychiatry* 149:991–998, 1992. Copyright 1992, American Psychiatric Association. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO, Coyne L. „Predictors of response of antisocial patients to hospital treatment", *Hosp Community Psychiatry* 38:1181–1185. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO, Menninger RW. „The psychology of the physician", în *Medical Marriages*. Editat de Gabbard GO, Menninger RW. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1988, pp. 23–38. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO, Nemiah JC. „Multiple determinants of anxiety in a patient with borderline personality disorder", *Bull Menninger Clin* 49:161–172, 1985. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO, Horwitz L, Frieswyk S et al. „The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients", *J Am Psychoanal Assoc* 36:697–727, 1988. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Secțiunea I: PRINCIPII DE BAZĂ ȘI ABORDĂRI TERAPEUTICE ÎN PSIHIATRIA DINAMICĂ

1. Principii de bază ale psihiatriei dinamice

Ar fi mult mai ușor dacă am putea evita pacientul pe măsură ce explorăm tărâmul psihopatologiei; ar fi mult mai simplu dacă ne-am putea limita la examinarea biochimiei și fiziologiei creierului său și la tratarea evenimentelor mintale ca obiecte străine de experiența noastră imediată sau ca simple variabile în formulele statistice impersonale. Oricât de importante ar fi aceste abordări pentru înțelegerea comportamentului uman, ele singure nu pot dezvălui sau explica toate faptele relevante. Pentru a vedea în mintea celuilalt, trebuie să ne scufundăm în mod repetat în șuvoiul asociațiilor și sentimentelor sale; trebuie să fim noi înșine instrumentul care îl sondează.

John Nemiah, 1961

Psihiatria psihodinamică (denumită și psihiatrie dinamică în acest volum) are un grup heterogen de strămoși, incluzându-i pe Leibniz, Fechner, neurologul Hughlings Jackson și pe Sigmund Freud (Ellenberger, 1970). Termenul de *psihiatrie psihodinamică* se referă în general la o abordare impregnată de teoria și cunoașterea psihanalitică. Teoria psihodinamică modernă a fost deseori considerată ca un model care explică fenomenele psihice drept consecințe ale *conflictului*. Acest conflict derivă din forțe inconștiente puternice care caută să se exprime și care necesită o monitorizare constantă din partea forțelor care se opun, pentru a le împiedica exprimarea. Aceste forțe care interacționează pot fi conceptualizate (cu o oarecare suprapunere) ca 1) o dorință și o apărare împotriva dorinței, 2) instanțe intrapsihice diferite sau „părți" cu scopuri și priorități diferite sau 3) un impuls în opoziție cu o conștientizare internalizată a cerințelor realității externe.

În ultimele două decenii, psihiatria psihodinamică a ajuns să însemne mai mult decât modelul de tip conflict al bolii. Psihiatrul modern, orientat psihodinamic, trebuie, de asemenea, să înțeleagă termenul la care ne referim în mod curent ca „model de tip deficit" al bolii. Acest model li se aplică pacienților care, pentru un motiv oarecare legat de

dezvoltare, au structuri psihice slăbite sau chiar absente. Această stare compromisă îi împiedică să se simtă întregi și siguri pe ei și, ca rezultat, ei cer răspunsuri disproporționate de la persoanele din mediu pentru a-și menține homeostazia psihologică. Lumea internă, inconștientă, a relațiilor face de asemenea parte din domeniul psihiatriei psihodinamice. Toți pacienții duc cu ei o mulțime de reprezentări psihice diferite, referitoare la aspecte proprii sau ale altora, și multe dintre acestea pot crea modele caracteristice de dificultăți interpersonale. Aceste reprezentări despre sine și ceilalți formează o lume de relații interne de obiect, în mare parte inconștiente.

Clinicianul psihodinamic de azi nu mai poate practica un tip de psihiatrie separată de corp și influențe socioculturale. Într-adevăr, psihiatria psihodinamică trebuie privită, în zilele noastre, ca inserată în conceptul cuprinzător de psihiatrie *biopsihosocială*. Progresul extraordinar realizat de genetică și neuroștiințe a întărit în mod paradoxal poziția psihiatrului psihodinamic. Avem acum dovezi mai convingătoare decât oricând că o mare parte din viața mintală este inconștientă, că forțele sociale din mediu modelează expresia genelor și că mintea reflectă activitatea creierului. Ne practicăm acum meseria într-o situație de „ambele/și" mai degrabă decât de „ori/ori". După cum notează Cloninger (2004), împărțirea în modelul biomedical și cel psihosocial a dus la o stagnare a științei sănătății mintale. Psihiatrul orientat dinamic, care neglijează suportul neurobiologic al experienței, este la fel de vinovat de reducționism ca și psihiatrul orientat biologic, care neglijează viața minții.

Mai mult decât orice, psihiatria psihodinamică este un mod de a gândi — nu doar despre pacienții noștri, ci și despre propria persoană în câmpul interpersonal dintre pacient și terapeut. De fapt, pentru a caracteriza esența psihiatriei dinamice, s-ar putea folosi următoarea definiție: *Psihiatria psihodinamică constituie o abordare diagnostică și terapeutică ce se caracterizează printr-un mod de a gândi atât despre pacient, cât și despre clinician, care include conflictul inconștient, deficitele și distorsiunile structurilor intrapsihice și relațiile interne de obiect și care reunește aceste elemente cu descoperirile contemporane ale neuroștiinței.*

Această definiție reprezintă o provocare pentru clinicianul psihodinamic. Cum poate cineva reuni domeniul minții cu cel al creierului? Psihiatria s-a îndepărtat mult de noțiunea carteziană a dualismului substanței. Recunoaștem că mintea reprezintă activitatea creierului (Andreasen, 1997) și că cele două sunt imposibil de separat. Într-o mare măsură, referințele la minte și creier au devenit un fel de cod pentru diferitele modalități de a gândi despre pacienții noștri și tratamentul acestora (Gabbard, sub tipar). Presupuse polarități, ca de exemplu gene *versus* mediu, medicație *versus* psihoterapie și biologic *versus* psiho-

social, sunt cu ușurință încadrate adesea în categoriile de creier și minte. Aceste dihotomii sunt problematice și tind să se destrame atunci când studiem problemele clinice din psihiatrie. Genele și mediul sunt indisolubil conectate în procesul de modelare a comportamentului uman. Experiența blochează funcția de transcripție a anumitor gene, stimulând în același timp exprimarea altora. Stresorii psihosociali, cum ar fi traumele interpersonale, pot avea efecte biologice profunde, modificând funcționarea creierului. Mai mult, a considera psihoterapia ca un tratament pentru „tulburări de origine psihologică" și medicamentele ca tratamente pentru „tulburări biologice sau de origine cerebrală" este în realitate o falsă distincție. Impactul psihoterapiei asupra creierului este bine stabilit (vezi Gabbard, 2000).

Dacă ne îndepărtăm de această polarizare a minții și creierului și privim pacientul ca o ființă umană într-un context biopsihosocial, ne confruntăm totuși cu următoarea problemă: psihicul și creierul nu sunt identice. Psihicul nostru reflectă cu certitudine activitatea creierului, dar psihicul nu poate fi redus la explicații neuroștiințifice (Edelson, 1988; McGinn, 1999; Pally, 1997; Searle, 1992). Utilizarea tehnologiilor de rezonanță magnetică nucleară funcțională (fRMN) și de tomografie cu emisie de pozitroni (PET) a dus la salturi în înțelegerea funcționării creierului. Totuși, există un risc inerent al acestor tehnologii dacă echivalăm Sinele cu ceea ce vedem pe o tomografie cerebrală. Tehnologiile de imagistică cerebrală oferă o modalitate convenabilă de a externaliza problemele, spunând că ceva este în neregulă cu „creierul meu", în loc de a spune că ceva este în neregulă cu „mine" (Dumit, 2004). Așa cum notează Pietrini (2003): „Ca clinicieni, nu trebuie să uităm niciodată că mintea umană se poate exprima printr-un lanț de procese moleculare, dar ea nu este doar o problemă de molecule" (p. 1908).

Dacă suntem de acord că mintea și creierul nu sunt identice, care este diferența? Pentru a începe, creierul poate fi observat din perspectiva unei a treia persoane. Poate fi scos din cutia craniană și cântărit la autopsie. Poate fi disecat și examinat la microscop. Mintea, pe de altă parte, nu se bazează pe percepție și deci nu poate fi cunoscută decât dinăuntru. Mintea este personală. În loc să recurgă la un model depășit de dualism al substanței, psihiatrii și neurocercetătorii contemporani utilizează frecvent conceptul de *dualism explicativ* (Kendler, 2001). Acest tip de dualism acceptă că există două căi diferite de a cunoaște sau a înțelege, care impun două tipuri diferite de explicații. Un tip de explicație este la persoana întâi și psihologic, pe când celălalt tip este la persoana a treia sau biologic. Nici una dintre abordări nu oferă o explicație completă prin ea însăși. Pentru a complica și mai mult lucrurile, după cum arată Damasio (2003), „conștiința și psihicul nu sunt sinonime" (p. 184). Într-o varietate de condiții neurologice, dovezi abundente demonstrează că procesele psihice continuă, deși conștiința este afectată.

În această lucrare sunt scoase în evidență explicațiile psihologice, dar este notat și suportul neurobiologic, iar ariile de integrare ale biologicului și psihologicului sunt, de asemenea, subliniate. Domeniul minții și domeniul creierului au limbaje diferite. Psihiatrul modern orientat dinamic trebuie să se străduiască să fie bilingv — limbajul creierului și limbajul minții trebuie ambele stăpânite pentru a-i putea oferi pacientului o îngrijire optimă (Gabbard, sub tipar).

Deși psihoterapia dinamică este una dintre principalele unelte terapeutice ale psihiatrului orientat dinamic, psihoterapia dinamică nu este sinonimă cu psihiatria dinamică. Psihiatrul orientat dinamic utilizează o gamă largă de intervenții terapeutice, care depind de o evaluare dinamică a nevoilor pacientului. Psihiatria dinamică oferă, pur și simplu, un cadru conceptual coerent în care sunt prescrise toate tipurile de tratament. Indiferent de faptul că tratamentul este psihoterapie dinamică sau farmacoterapie, acesta este *informat dinamic*. Într-adevăr, o componentă crucială a cunoștințelor psihiatrului orientat dinamic este să știe când să evite psihoterapia exploratorie în favoarea tratamentelor care nu amenință echilibrul psihic al pacientului.

Psihiatrul contemporan orientat dinamic trebuie să lucreze în contextul progreselor impresionante în domeniul neuroștiinței, reunind insight-ul psihanalitic cu înțelegerea substratului biologic al bolii. Totuși psihiatrul de orientare dinamică se ghidează în continuare după anumite principii derivate din teoria și tehnica psihanalitică, principii care au trecut proba timpului și care-i oferă psihiatriei psihodinamice un caracter unic.

1.1 Valoarea unică a experienței subiective

Psihiatria dinamică este apoi definită în contrast cu psihiatria descriptivă. Clinicienii care recurg la al doilea tip de abordare împart pacienții în categorii, după trăsături fenomenologice și comportamentale comune. Ei alcătuiesc liste de simptome, care le permit să clasifice pacienții în conformitate cu grupuri similare de simptome. Experiența subiectivă a pacientului, în afara celei necesare pentru a înregistra simptomele în cadrul listei, este mai puțin importantă. Psihiatrii descriptivi, de orientare comportamentalistă, argumentează că experiența subiectivă a pacientului este periferică față de esența diagnosticului și tratamentului psihiatric, care trebuie să se bazeze pe comportamentul observat. Perspectiva comportamentalistă extremă este următoarea: comportamentul și viața psihică sunt sinonime (Watson, 1924/1930). Mai mult, psihiatrul descriptiv este interesat în primul rând

în ce măsură un pacient este *similar cu* și nu *diferit de* alți pacienți cu trăsături congruente.

Psihiatrii de orientare dinamică abordează în schimb pacienții lor încercând să determine ce este unic la fiecare — cum se *diferențiază* un anume pacient de alți pacienți ca rezultat al unui istoric de viață unic. Simptomele și comportamentele sunt privite doar ca niște căi comune finale ale unor experiențe subiective strict personalizate, care filtrează determinanții biologici și de mediu ai bolii. Mai mult, psihiatrii de orientare dinamică acordă o importanță majoră lumii interne a pacientului — fantasme, vise, temeri, speranțe, impulsuri, dorințe, imagini despre sine, percepții referitoare la alții și reacții psihologice la simptome.

Psihiatrii descriptivi care se apropie de o peșteră ascunsă pe o latură a muntelui ar putea descrie în amănunțime caracteristicile bolovanului care blochează deschiderea peșterii, ignorând interiorul peșterii din spatele masivului de rocă, întrucât acesta este inaccesibil și deci nu ar putea fi cunoscut. Spre deosebire de ei, psihiatrii de orientare dinamică ar fi curioși să afle ce se găsește în cotloanele întunecate ale peșterii din spatele bolovanului. Asemeni psihiatrilor descriptivi, ei ar nota caracteristicile deschiderii, dar le-ar privi diferit. Ei ar dori să știe cum se reflectă conținutul peșterii prin exteriorul său. Ar putea fi curioși de ce a fost necesar ca interiorul să fie protejat printr-un bolovan pus la intrare.

1.2 Inconștientul

Continuând cu metafora referitoare la peșteră, psihiatrul de orientare dinamică ar găsi o modalitate de a înlătura bolovanul, de a intra în cotloanele întunecate ale peșterii și, poate cu o lanternă, de a ilumina interiorul. Artefactele de pe podea sau urmele de pe pereți ar prezenta un interes special pentru explorator, întrucât ele ar arunca o lumină asupra istoriei acestei peșteri specifice. Un susur constant de apă care răzbate prin podea ar putea sugera un izvor subteran care realizează o presiune de dedesubt în sus. Psihiatrul orientat dinamic ar fi în mod special interesat de explorarea străfundurilor peșterii. Cât de departe se întinde înăuntrul muntelui? Este oare peretele negru limita adevărată care definește spațiul interior sau este un „perete fals" care poate ceda către adâncimi și mai mari?

Așa cum sugerează metafora legată de peșteră, un al doilea principiu definitoriu al psihiatriei dinamice este un model conceptual al psihicului, care include inconștientul. Freud (1915/1963) a recunoscut două

tipuri de conținut psihic inconștient: 1) preconștientul (conținut mintal care poate fi adus ușor la nivelul conștient, prin simpla comutare a atenției) și 2) inconștientul propriu-zis (conținut mintal care este cenzurat întrucât este inacceptabil și deci este refulat și nu poate fi adus ușor în planul conștient).

Împreună, sistemele inconștient, preconștient și conștient ale psihicului compun ceea ce Freud (1900/1953) a numit *modelul topografic*. El s-a convins de existența inconștientului datorită celor două dovezi clinice majore: visele și actele ratate. Analiza viselor a arătat că o dorință din copilărie, inconștientă, este de obicei motivația care dă forță viselor. Travaliul visului deghizează dorința, astfel încât este necesară analiza visului, pentru a discerne adevărata natură a dorinței. *Actele ratate* constau în fenomene ca erori de vorbire, acțiuni „accidentale", uitarea sau substituirea numelor sau cuvintelor. O dactilografă, de exemplu, scria în mod repetat „crimă" atunci când avea intenția să scrie „mamă". Noțiunea de „act ratat freudian" face acum parte din cultura noastră și implică dezvăluirea involuntară a dorințelor sau sentimentelor inconștiente ale unei persoane. Freud (1901/1960) a utilizat aceste incidente jenante pentru a ilustra faptul că dorințele refulate ies la suprafață și pentru a demonstra paralela dintre procesele psihice ale vieții cotidiene și cele ale formării simptomelor nevrotice.

Psihiatrul de orientare dinamică vede simptomele și comportamentele ca reflecții ale proceselor inconștiente care se opun dorințelor și sentimentelor refulate, așa cum bolovanul apără conținutul peșterii de expunere. Mai mult, visele și actele ratate sunt precum semnele înscrise pe pereții peșterii — comunicări, simbolice sau de alt fel, care acum transmit mesaje din trecutul uitat. Psihiatrul orientat dinamic trebuie să poată resimți suficient confort în legătură cu acest ținut întunecat, pentru a-l explora fără să se împiedice.

O altă cale primară prin care inconștientul se manifestă în context clinic constă în comportamentul nonverbal al pacientului față de clinician. Anumite modalități caracteristice de relaționare cu alții stabilite în copilărie devin internalizate și sunt aplicate automat și inconștient, ca parte integrantă a caracterului pacientului. Astfel, anumiți pacienți pot acționa în mod constant cu deferență față de clinician, în timp ce alții au o atitudine rebelă. Aceste forme de relaționare sunt strâns legate de noțiunea lui Squire (1987) de memorie procedurală, care se află în afara ariei memoriei narative, verbale, conștiente.

Studii ale sistemelor memoriei au îmbogățit cunoștințele noastre despre comportament în context clinic. O distincție larg utilizată, care este relevantă pentru gândirea psihodinamică, constă în diferențierea memoriei în tipul explicit (conștient) și respectiv implicit (inconștient) — (figura 1–1).

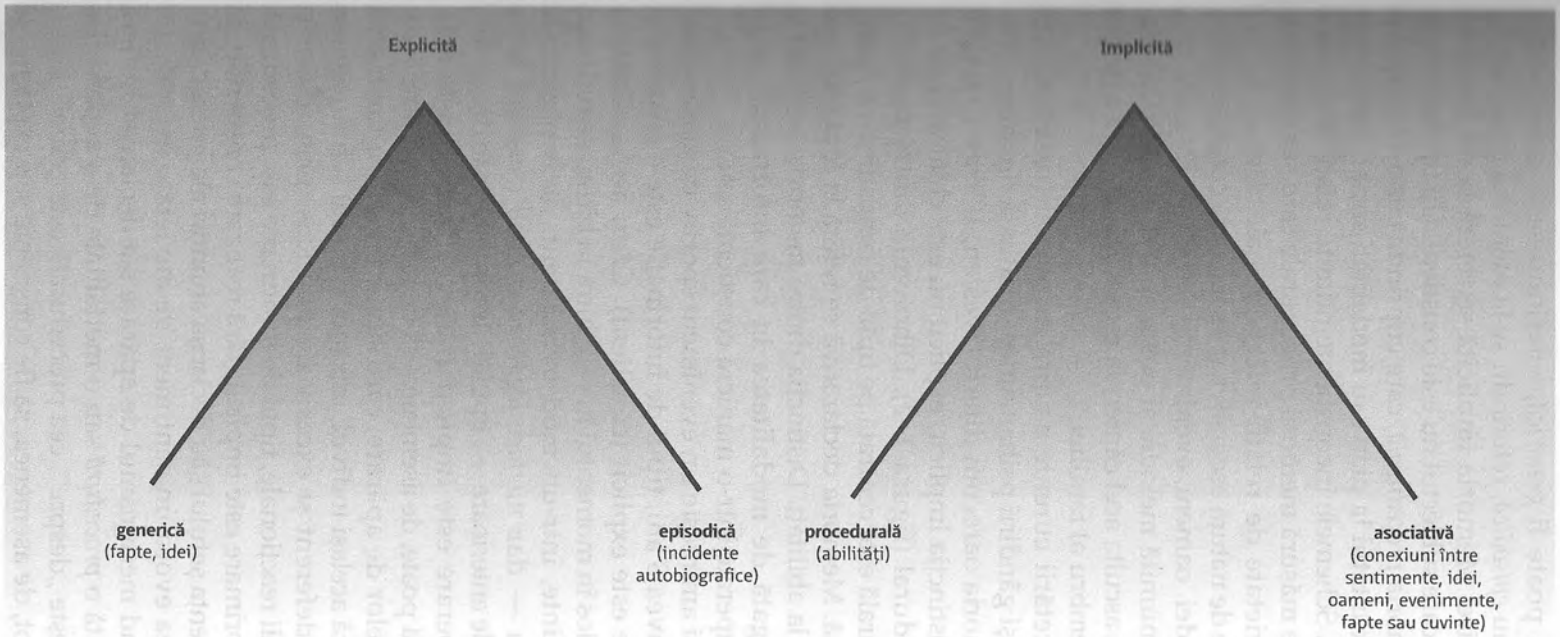

Figura 1–1. Două sisteme ale memoriei.

Memoria explicită poate fi *generică*, referindu-se la cunoaşterea faptelor sau ideilor, sau *episodică*, referindu-se la memoria incidentelor autobiografice specifice. Memoria implicită se referă la un comportament observabil, de care subiectul nu este conştient. Un tip de memorie implicită este memoria *procedurală*, care cuprinde cunoştinţe legate de abilităţi, cum ar fi cântatul la pian sau modalităţi social acceptabile de relaţionare cu alţii. Schemele inconştiente numite relaţii interne de obiect sunt în oarecare măsură memorii procedurale care sunt repetate tot mereu, într-o varietate de relaţii interpersonale. Un alt tip de memorie implicită este de natură asociativă şi se referă la conexiuni între cuvinte, sentimente, idei, oameni, evenimente sau fapte. De exemplu, cineva poate auzi o anumită melodie şi poate simţi o tristeţe inexplicabilă, întrucât tocmai asculta acel cântec, la radio, atunci când a primit vestea morţii unui membru al familiei.

O integrare a cercetării curente asupra memoriei (rezultată din studiile de laborator) şi gândirii psihanalitice (rezultată din observaţia clinică) împarte memoria oarecum diferit (Westen, 1999a). Conform acestei perspective, distincţia implicit/explicit nu este chiar aceeaşi cu cea declarativ/procedural (figura 1–2). Dihotomia dintre memoria declarativă şi procedurală este centrată pe tipul de cunoştinţe pe care îl cuprinde fiecare formă. Memoria declarativă se referă la fapte, iar cea procedurală se referă la abilităţi. Distincţia dintre memoria explicită şi cea implicită este legată de modalitatea în care informaţiile sunt exprimate şi/sau recuperate într-o manieră conştientă sau nu.

Când un individ îşi aminteşte un eveniment sportiv de succes, care s-a petrecut când el avea 8 ani, tipul de informaţie este declarativ şi modul de recuperare este explicit (conştient). Când acelaşi individ începe să se simtă anxios în momentul în care intră în biroul şefului său, întrucât îi aduce aminte, într-un mod inconştient, de experienţele timpurii cu tatăl său — dar *nu face legătura în mod conştient* între anxietate şi experienţele anterioare —, tipul de informaţie este declarativ, dar modul de recuperare este implicit (fără realizare conştientă). Informaţia procedurală poate, de asemenea, să fie explicită sau implicită. Utilizarea mecanismelor de apărare, care sunt proceduri, ilustrează această distincţie. Dacă acelaşi individ, intrând în biroul şefului său, se poartă într-un mod deferent şi excesiv de politicos, prin folosirea defensivă a formaţiunii reacţionale, tipul de informaţie este procedural, pe când modul de exprimare este implicit (fără realizare conştientă). În primul caz, când prezenţa şefului său declanşa amintiri ale interacţiunii cu tatăl său, asocierea evoca un sentiment de anxietate legat de un *episod* din trecut. Când mecanismul de apărare s-a declanşat în mod automat, a fost evocată o *procedură* sau o modalitate de-a acţiona. Informaţia declarativă este „despre", cea procedurală este „cum". Mecanismele de apărare pot, de asemenea, să fie conştiente sau explicite, ca

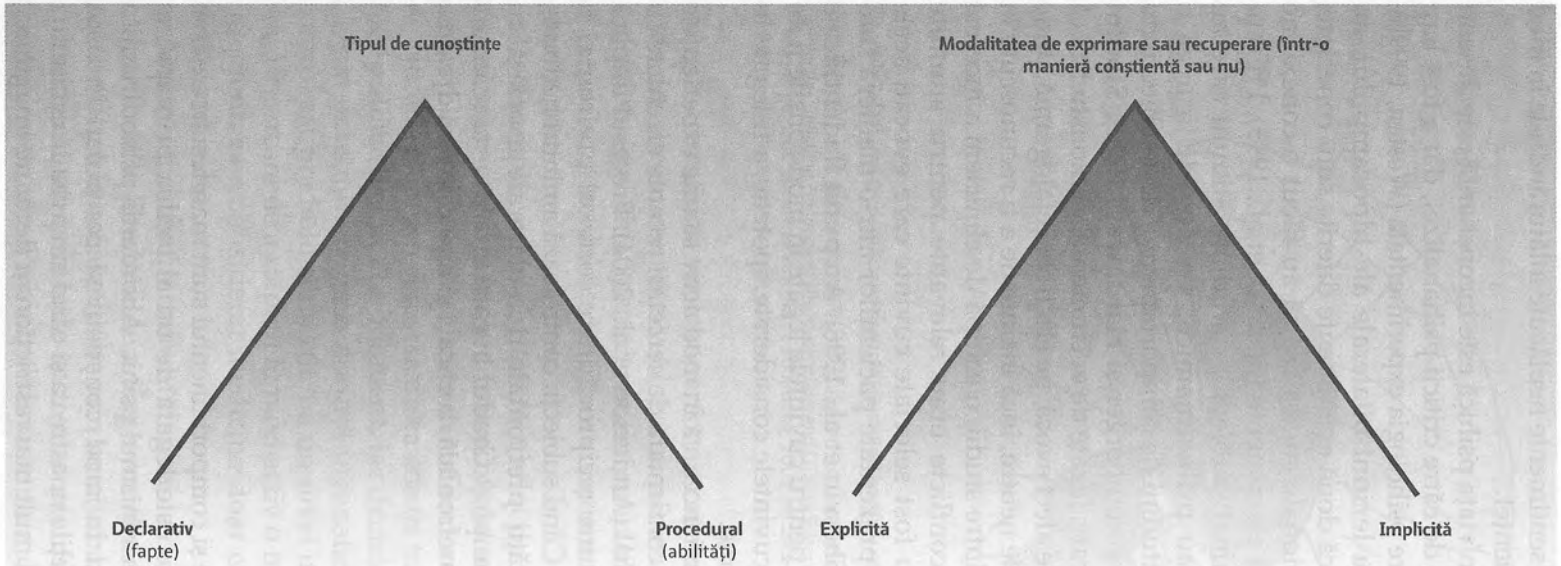

Figura 1–2. Tipul de cunoștințe versus modalitatea de exprimare.

atunci când cineva reprimă sentimente neplăcute înlăturându-le în mod deliberat din câmpul conștienței.

Ideea că o mare parte din viața psihică este inconștientă este deseori pusă sub semnul întrebării de către criticii psihanalizei, dar a fost larg validată în literatură, de către psihologia experimentală (Westen, 1999b). Subiecții cercetați, care au leziuni bilaterale ale hipocampului, au dificultăți mari în a învăța că două evenimente diferite sunt conectate, dar răspunsurile lor emoționale sugerează că au făcut o conexiune inconștientă între cele două evenimente (Bechara et al., 1995). Prezentarea unor stimuli subliminali subiecților studiați, stimuli care au semnificații emoționale sau psihodinamice, s-a dovedit a avea o influență asupra unei multitudini de comportamente, deși subiecții nu erau conștienți de stimuli (Weinberger și Hardaway, 1990). Studiul potențialelor cerebrale evocate, legate de evenimente, demonstrează că anumite cuvinte încărcate de afect evocă, pe electroencefalogramă, unde alfa diferite față de cuvintele neutre, încă înainte de a fi recunoscute în mod conștient. Într-unul dintre studii, o echipă de clinicieni a încercat să evalueze care dintre conflicte erau relevante pentru anumite simptome identificate. Au fost selectate cuvinte care evocau acele conflicte și le-au fost apoi prezentate pacienților într-o manieră subliminală și supraliminală (Shervin et al., 1996). Au putut fi identificate modele diferite de răspuns pentru cuvintele legate în mod conștient de simptomele pacientului și cuvintele considerate, ipotetic, a fi legate în mod inconștient de simptome.

Ideea lui Freud că oamenii încearcă în mod activ să uite experiențele anterioare neplăcute a fost confirmată de cercetări recente efectuate cu ajutorul RMN-ului funcțional (Anderson et al., 2004). Procesul implică o nouă formă de interacțiune reciprocă între cortexul prefrontal și hipocamp (vezi figura 1–3). Când subiecții controlează amintiri nedorite, există o creștere a activității prefrontale dorsolaterale asociată cu reducerea activității hipocampice. Gradul în care uitarea este realizată va fi ilustrat de activitatea prefrontală, corticală și hipocampică dreaptă.

1.3 Determinismul psihic

Afirmația că simptomele și comportamentul sunt manifestări externe ale proceselor inconștiente este legată de un al treilea principiu al psihiatriei dinamice — determinismul psihic. Abordarea psihodinamică afirmă că suntem confuzi în mod conștient și controlați în mod inconștient. Trecem prin viețile noastre ca și când am avea libertatea de a alege, dar de fapt suntem mult mai restricționați decât ne imaginăm.

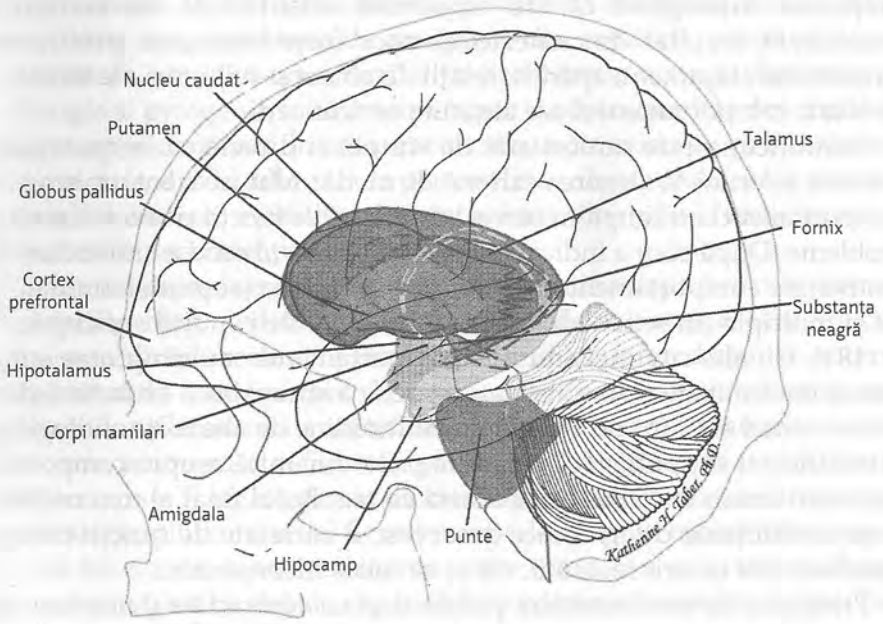

Figura 1–3. Schemă (vedere latero-sagitală) ilustrând pozițiile cortexului prefrontal și ale hipocampului.

Sursă. Retipărit după Hurley RA, Hayman LA, Taber KH. „Clinical Imaging in Neuropsychiatry", în *The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Sciences*, ediția a 4-a. Editat de Yudofsky SC, Hales RE. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2002, pp. 245–283. Copyright 2002, American Psychiatric Publishing. Folosite cu permisiunea autorilor.

Într-o mare măsură suntem personaje care trăim conform unui scenariu scris de către inconștient. Alegerea partenerului conjugal, interesele profesionale și chiar petrecerea timpului liber nu sunt alese la întâmplare; ele sunt modelate de forțe inconștiente care sunt într-o interrelație dinamică.

De exemplu, o femeie tânără a aflat pe parcursul psihoterapiei că alegerea carierei de medic a fost profund influențată de evenimentele din copilărie și reacția ei la acestea. Când avea 8 ani, mama sa a murit de cancer. Fetița, care a fost martora acestei tragedii, s-a simțit neajutorată și neputincioasă în acel moment, iar decizia de a deveni medic a fost parțial determinată de o dorință inconștientă de a câștiga putere și control asupra bolii și morții. La un nivel inconștient, a deveni medic era o încercare de a stăpâni în mod activ o traumă trăită pasiv. La nivel conștient, ea a considerat medicina doar ca un domeniu fascinant și pasionant.

Atunci când comportamentul uman devine în mod evident simptomatic, limitele libertății de a alege vor fi mai evidente. Un bărbat care poate ajunge la orgasm doar prin masturbare, imaginându-și umilințe în mâinile unei persoane sadice, a pierdut libertatea de a-și alege fanteziile sexuale. Psihiatrul de orientare dinamică abordează aceste

simptome înțelegând că ele reprezintă adaptări la un scenariu inconștient rezultat din amestecul unor forțe biologice, probleme timpurii de atașament, apărări, relații de obiect și tulburări ale Sinelui. Pe scurt, comportamentul are anumite semnificații.

Semnificația este rareori atât de simplă și directă ca în exemplul anterior referitor la alegerea carierei de medic. Mai frecvent, un singur comportament sau simptom servește mai multor funcții și rezolvă multe probleme. După cum a indicat Sherwood (1969), „Freud a arătat clar că motivațiile comportamentului sunt *atât* complexe (supradeterminate), *cât* și multiple (în sensul de seturi alternative de condiții suficiente)" (p. 181). Cu alte cuvinte, anumite comportamente sau simptome sunt uneori determinate de o constelație specifică intrapsihică de factori, dar în alte cazuri ele sunt produse de o multitudine de alte forțe etiologice. Este suficient să spunem că o vedere psihodinamică asupra comportamentului uman îl definește pe acesta ca rezultatul final al mai multor forțe conflictuale diferite care deservesc o varietate de funcții corespunzând atât cererii realității, cât și nevoilor inconștiente.

Principiul determinismului psihic, deși cu certitudine o noțiune de bază, atrage atenția asupra a două posibile capcane. În primul rând, factorii inconștienți nu determină toate comportamentele sau simptomele. Atunci când un pacient cu boală Alzheimer uită numele partenerului, nu este probabil un act ratat. Când un pacient care suferă de crize epileptice parțiale complexe își închide și deschide nasturii într-un mod stereotip în timpul aurei, simptomul poate fi atribuit unui focar iritabil din lobul temporal. Psihiatrul de orientare dinamică are ca sarcină să diferențieze simptomele și comportamentele care pot fi explicate prin intervenția factorilor dinamici de cele care nu pot fi astfel explicate. O a doua capcană derivă din experiența cu pacienții care nu fac efortul de a-și schimba comportamentul întrucât se consideră victime pasive ale forțelor inconștiente. În cadrul conceptului determinismului psihic este loc pentru alegere. Deși poate fi mai restricționată decât ne place să credem, intenția conștientă de a ne schimba poate fi un factor care influențează dispariția simptomelor (Appelbaum, 1981). Psihiatrul de orientare dinamică trebuie să fie precaut în fața pacientului care justifică faptul de a rămâne bolnav, invocând determinismul psihic.

1.4 Trecutul este prologul

Un al patrulea principiu de bază al psihiatriei dinamice constă în faptul că experiențele copilăriei au un rol crucial în determinarea personalității adultului. În succintele cuvinte ale lui William Wordsworth, „copilul este

tatăl omului". Psihiatrul de orientare dinamică ascultă cu atenție atunci când un pacient vorbește de amintirile din copilărie, știind că aceste experiențe pot juca un rol critic în problemele actuale. Într-adevăr, etiologia și patogenia sunt deseori legate de evenimentele din copilărie, în concepția dinamică. În unele cazuri, traumele evidente, ca incestul sau abuzul fizic, duc la tulburări de personalitate ale adultului. Mai frecvent, modelele cronice, repetitive ale interacțiunii din cadrul familiei sunt de o mai mare semnificație etiologică.

Punctul de vedere dinamic ia în considerație și faptul că nou-născuții și copiii percep mediul prin filtre extrem de subiective, care pot distorsiona calitățile reale ale figurilor din jurul lor. În mod similar, anumiți copii sunt de felul lor greu de crescut, indiferent cât de eficienți sunt părinții lor. Cercetarea a arătat că există diferite temperamente constituționale la nou-născuți (Thomas și Chess, 1984). Etiologia unei tulburări psihice poate fi legată de cât de bună este „potrivirea" dintre temperamentul copilului și cel al figurii parentale. Copilul hiperiritabil care se simte bine cu o mamă calmă se poate simți rău cu o mamă foarte încordată. Acest model al „capacității de potrivire" evită învinuirea fie a părinților, fie a copiilor pentru problemele psihiatrice ale celor din urmă.

Teoriile dezvoltării din timpul copilăriei au fost întotdeauna un motiv central al psihiatriei dinamice. Freud a postulat că un copil trece prin trei stadii principale psihosexuale în drumul către maturitate. Fiecare dintre acestea — oral, anal, genital — este asociată cu o anumită zonă corporală, unde Freud considera că se află concentrat libidoul sau energia sexuală a copilului. Ca rezultat al traumelor din mediu, al factorilor constituționali sau al ambelor, un copil se poate opri din dezvoltare în faza orală sau anală, ceea ce rezultă într-o fixație care persistă în viața adultă. Sub stres, adultul poate regresa la această fază mai primitivă a dezvoltării și să manifeste, în consecință, organizarea psihică a gratificării instinctuale asociată cu faza respectivă. Deși Freud a reconstituit dezvoltarea din cursul copilăriei în mod retrospectiv, bazat pe relatările pacienților adulți în psihanaliză, ulterior, cercetătorii psihanaliști au studiat dezvoltarea prospectiv, prin observarea directă a nou-născutului și copilului. Aceste teorii sunt discutate mai detaliat în Capitolul 2.

Din perspectiva dezvoltării, gândirea psihodinamică a fost recent chestionată de un val de reducționism genetic. Decodarea genomului uman a constituit un progres major al științei, dar a existat o tendință derutantă de a considera genomul sinonim cu apartenența la rasa umană. Bioeticianul Alex Mauron (2001) sublinia faptul că identitatea personală nu se suprapune cu identitatea genomică. Gemenii monozigoți cu genom identic sunt indivizi distincți în cel mai înalt grad. Din fericire, această tendință reducționistă a dus la o ripostă din partea oamenilor de știință, care au insistat că genele sunt într-o continuă

interacțiune cu mediul și că ADN-ul nu este egal cu destinul. După cum nota Robinson (2004), „putem studia acum genele suficient de detaliat pentru a depăși această dezbatere natură–dezvoltare. Este clar în prezent că ADN-ul este atât moștenit, cât și sub influența mediului" (p. 397). În mod paradoxal, cercetarea genetică modernă și studiul plasticității creierului au arătat că genele sunt reglate în cel mai înalt grad de semnale din mediu, de-a lungul vieții (Hyman, 1999). Zestrea genetică a unui individ influențează tipul de îngrijire parentală pe care îl va primi, iar această contribuție la dezvoltare din partea părinților și a altor figuri din mediu poate influența, la rândul ei, exprimarea genomului. Conexiunile neuronale dintre cortex, sistemul limbic și sistemul nervos autonom alcătuiesc anumite circuite, în conformitate cu experiențe specifice ale organismului în dezvoltare. Astfel, circuitele emoțiilor și memoriei sunt legate între ele datorită unor modele de conexiune constante, repetitive rezultate din stimuli și mediu. Acest model de dezvoltare este deseori descris pe scurt astfel: „Neuronii care sunt activați împreună funcționează împreună" (Schatz, 1992, p. 64).

Studiile asupra primatelor s-au dovedit extrem de utile în demonstrarea faptului că influențele din mediu pot deveni mai importante decât tendințele genetice. Suomi (1991) nota că aproximativ 20% dintre puii de maimuță din colonia studiată, care erau crescuți de mamele lor, reacționau la separările scurte prin creșterea nivelurilor de cortizol și hormon adrenocorticotropic, reacții depresive și turnover exagerat de norepinefrină. Această vulnerabilitate pare să fie genetică. Totuși, când au fost plasate pe lângă acești pui mame neobișnuit de grijulii, din comunitatea de maimuțe, vulnerabilitatea înnăscută la anxietatea de separare a dispărut. Acești pui s-au ridicat, în cele din urmă, la nivelul superior al ierarhiei sociale din cadrul coloniei de maimuțe, indicând că aceste „supermame" au ajutat tinerele maimuțe să-și dezvolte sensibilitatea înnăscută într-o direcție adaptativă care le-a permis să fie mai receptive la indiciile sociale și să răspundă acestora într-un mod avantajos pentru ele.

Cinci până la zece la sută din populația de maimuțe rhesus sunt neobișnuit de impulsive, lipsite de sensibilitate și în mod evident agresive în interacțiunile lor cu ceilalți membri ai grupului (Suomi, 2003). Maimuțele rhesus, care împărtășesc aproximativ 95% din genele lor cu ființa umană, arată, de asemenea, trăsături comune în legătura dintre agresivitatea impulsivă și nivelul metabolismului serotoninergic (Higley et al., 1991). Există un raport invers proporțional între concentrația de acid 5-hidroxiindolacetic (5-HIAA) din lichidul cerebrorahidian (LCR) și agresivitatea impulsivă. Totuși, înclinația moștenită de a dezvolta modele de agresivitate impulsivă poate fi modificată substanțial de experiențele timpurii care implică relații de atașament social. Maimuțele crescute de alți membri ai grupului au în mod constant

concentrații mai scăzute de 5-HIAA în LCR, în comparație cu cele crescute de mamele lor.

Gena transportorului de serotonină (*5HTT*) prezintă variații de lungime în regiunea promotoare, ceea ce duce la variația alelică în expresia *5HTT*. O alelă „scurtă" (*LS*) conferă o slabă eficiență în transcripția regiunii promotoare *5HTT*, comparativ cu alela lungă (*LL*), sugerând că mai slaba expresie *5HTT* poate duce la scăderea funcției serotoninergice. Bennett et al. (2002) au constatat că nivelul 5HIAA în LCR nu este diferit în funcție de statusul *5HTT* pentru subiecții crescuți de mame, pe când între maimuțele crescute de alți membri ai grupului, indivizii cu alela *LS* au concentrații semnificativ mai scăzute de 5-HIAA în LCR decât cei cu alela *LL*. A fi crescut de propria mamă pare să compenseze orice efect potențial dăunător al alelei *LS* asupra metabolismului serotoninei. În schimb, maimuțele crescute de alți membri ai grupului, care au polimorfism de tip *LS*, arată un nivel mult mai înalt de agresivitate impulsivă, decât maimuțele crescute de membri ai grupului care au polimorfism de tip *LL*. Acestea din urmă au un nivel scăzut de agresivitate, similar cu cel al maimuțelor crescute de mame, fie cu alela *LL* fie cu alela *LS*, indicând din nou un efect compensator al îngrijirii materne.

Maimuțele rhesus cu nivel scăzut de 5-HIAA în LCR sunt, de asemenea, înclinate să consume mai mult alcool atunci când li se pun la dispoziție băuturi aromate cu aspartam, cu 7% alcool (Suomi, 2003). În acest caz datele referitoare la efectul compensator al îngrijirii materne reflectă în mod evident rolul mediului asupra influenței genelor. Dintre maimuțele crescute de membrii grupului, cele cu alela *LS* consumă mai mult alcool decât cele cu alela *LL*. Exact inversul situației a fost valabil dacă subiecții au fost crescuți de mame. Alela *LS* a dus la un consum mai redus de alcool decât alela *LL*. Cercetătorii au ajuns la concluzia că alela scurtă a genei *5HTT* poate duce la un grad de psihopatologie la maimuțele rhesus care au un istoric de îngrijire timpurie defavorabilă, dar ar putea avea un rol *adaptativ* pentru acele maimuțe care au relații de atașament timpuriu securizante cu mamele lor (Suomi, 2003).

Într-o serie de studii, Meaney și colegii săi (Francis et al., 1999; Weaver et al., 2002, 2004) au demonstrat că mamele de șobolan care oferă mai multă atenție puilor, prin curățare și lins în timpul îngrijirii, le conferă acestora o protecție împotriva stresului, valabilă toată viața. Expresia genelor care reglează receptorii glucocorticoizilor este crescută ca rezultat al acestui comportament de lins și curățare. În concordanță cu această expresie crescută are loc o supresie a genelor care reglează sinteza factorului de eliberare a corticotropinei. Și mai izbitor este faptul că puii femele ai mamelor de șobolan care au un comportament accentuat de lins și curățare devin mame cu același fel de comportament. Dacă puii femele care se nasc din mame care își curăță și ling mai puțin puii vor fi crescuți de mame care au, din contră, un comportament de

îngrijire mai accentuat, vor deveni mame care oferă mai multă atenție puilor. Acest comportament matern este transmis transgenerațional fără alterarea genomului. Astfel, această transmitere este numită modificare sau programare *epigenetică* și este legată de diferențe în metilarea ADN (Weaver et al., 2004).

O mare parte din această cercetare a interferenței dintre gene și mediu la animale își găsește corespondențe la subiecții umani. Datele din lumea animală sugerează că există ferestre în timp, în care o genă este dependentă de un anumit tip de influență din mediu pentru a-i determina expresia. Cercetătorii au găsit ferestre similare în dezvoltarea umană pentru perioade de modificări structurale majore în formarea creierului (Ornitz 1991; Perry et al., 1995; Pynoos et al., 1997). De exemplu, Bremner et al. (1997) au arătat că la adulții cu tulburare de stres posttraumatic, care au avut un istoric de abuz fizic și sexual în copilărie, s-a constatat o reducere a volumului hipocampului stâng, în comparație cu subiecții control. Este posibil ca experiențele traumatice din timpul perioadelor stabile de dezvoltare a creierului să producă o formă de regresie la un stadiu mai timpuriu al funcției și structurii neuronale (Pynoos et al., 1997).

Așa cum se discută în Capitolul 17, Reiss et al. (1995) au demonstrat că răspunsurile parentale față de copii pot afecta expresia fenotipică a vulnerabilității genetice la comportamentul antisocial. În mod similar, trăsătura de timiditate și posibil fobia socială par să reflecte influențe ale mediului asupra vulnerabilității moștenite la acea trăsătură (Kagan et al., 1988). Acest fenomen este discutat mai amplu în Capitolul 9.

Fonagy et al. (2002) au adăugat o nouă componentă la interacțiunea complexă dintre gene și mediu. Ei susțin că modul în care mediul este perceput de un copil acționează ca un filtru referitor la expresia genotipului în fenotip. Ei au considerat că interpretarea mediului social, bazată pe natura relației de atașament cu persoana care îl îngrijește, duce la procese de reprezentare a Sinelui și a celuilalt, care au o mare influență asupra expresiei genetice finale. Cu alte cuvinte, a procesa și a înțelege ceea ce se întâmplă în mediul social poate contribui la determinarea dacă un anumit eveniment din mediu este traumatic, precum și dacă acesta duce la efecte patogenice pe termen lung. Autorii oferă date preliminare în favoarea acestei ipoteze.

1.4.1 Transferul

Persistența modelelor de organizare psihică din copilărie în viața adultă implică faptul că trecutul se repetă în prezent. Poate cel mai grăitor exemplu în acest sens este conceptul central al psihodinamicii, *transferul*, în care pacientul îl percepe pe doctor ca pe o figură

semnificativă din trecutul său. Calități ale acelei figuri din trecut vor fi atribuite doctorului, iar sentimentele asociate cu acea figură vor fi trăite în același mod și în relația cu doctorul. Pacientul *repune în act*, în mod inconștient, relația din trecut în loc să și-o aducă aminte și prin aceasta introduce în tratament o multitudine de informații referitoare la relațiile anterioare.

Deși conceptul de transfer este în general asociat cu psihanaliza sau psihoterapia, relația terapeutică este doar unul dintre exemplele unui fenomen mai general. După cum spunea Brenner (1982): „*Fiecare* relație de obiect adaugă ceva nou la primele și definitivele atașamente din copilărie... Transferul este ubicuitar, dezvoltându-se în orice relație psihanalitică, întrucât se dezvoltă în orice situație în care o altă persoană este importantă pentru viața subiectului" (p. 194–195). Contribuții mai recente la înțelegerea transferului acceptă că trăsăturile *reale* ale clinicianului influențează întotdeauna natura transferului (Hoffman, 1998; Renik, 1993). Cu alte cuvinte, dacă un terapeut este tăcut și detașat de pacient, se poate dezvolta un transfer rece, îndepărtat, neangajat față de acel terapeut. Deși transferul poate rezulta parțial din atașamentele timpurii ale copilăriei, el este influențat și de comportamentul real al terapeutului. Astfel, fiecare relație din cadrul clinic este un amestec de relație reală și fenomene de transfer.

Unii psihanaliști afirmă că există două dimensiuni ale transferului: 1) o dimensiune repetitivă, în care pacientul se teme și așteaptă ca analistul să se comporte așa cum se purtau părinții și 2) o dimensiune de obiect al Sinelui, în care pacientul tânjește după o experiență vindecătoare sau corectivă, care a lipsit în copilărie (Stolorow, 1995). Aceste aspecte ale transferului trec pe rând în prim-plan sau în fundalul trăirilor pacientului.

Psihiatrul de orientare dinamică recunoaște răspândirea pregnantă a fenomenelor de transfer și realizează că problemele relaționale de care pacientul se plânge se vor manifesta deseori în relația acestuia cu terapeutul. Ce este unic în relația doctor–pacient în psihiatria dinamică *nu* este prezența transferului, ci faptul că acesta reprezintă materialul terapeutic care urmează a fi înțeles. Atunci când psihiatrii de orientare dinamică sunt expuși unor invective pline de ură din partea pacienților lor, nu îi resping pe aceștia cu furie, așa cum ar face majoritatea oamenilor din viața pacienților. Din contră, acești psihiatri încearcă să afle care dintre relațiile anterioare ale pacientului se repetă în prezent și care este contribuția caracteristicilor lor reale la situația prezentă. În acest sens, psihiatrii de orientare dinamică sunt definiți în egală măsură prin ceea ce *nu* fac, precum și prin ceea ce fac.

Din perspectiva neuroștiințelor, înțelegem transferul ca fiind legat de reprezentările interne ale obiectelor, declanșat de caracteristicile reale ale terapeutului (Westen și Gabbard, 2002). Reprezentările există ca o

rețea de neuroni care poate fi activată în tandem. Astfel, reprezentările sunt ca niște potențiale care așteaptă să fie activate atunci când anumite aspecte ale terapeutului îi amintesc pacientului de calități similare cu cele ale figurii reprezentate în rețelele neuronale ale pacientului. Un bărbat tânăr văzând un terapeut de sex masculin în vârstă, cu barbă, ar putea să-și aducă aminte de tatăl său și să înceapă să se raporteze la terapeut ca și cum acesta ar fi tatăl său. Din perspectiva neuroștiințelor, rolul expectației din transfer este similar cu modul în care ne împăcăm cu pata oarbă din locul în care nervul optic iese din globul ocular (Solms și Turnbull, 2003). În ciuda „găurii" din câmpul vizual, noi umplem golul, bazându-ne pe ceea ce ne așteptăm să vedem. Cortexul frontal orbital drept este considerat a avea un rol important în dezvoltarea reprezentărilor interne despre sine și ceilalți, legat de stările afective (Schore, 1997). În această arie cerebrală există o convergență a informațiilor procesate subcortical în legătură cu stările de motivație și emoționale, cu informații procesate cortical referitoare la mediul extern. Astfel, rețelele care generează reprezentări primesc o mare parte din informația codificată din această arie cerebrală (vezi figura 1–4).

1.4.2 Contratransferul

Un principiu cuprinzător îmbrățișat de cei care practică psihiatria de orientare dinamică este acela că noi suntem în mod fundamental mai degrabă asemănători cu pacienții noștri decât diferiți de ei. Mecanismele psihologice din stările patologice sunt doar extensii ale principiilor implicate în funcționarea dezvoltării normale. Doctorul și pacientul sunt amândoi ființe umane. Așa cum pacienții resimt transferul, terapeuții resimt contratransferul. Întrucât fiecare relație curentă este o nouă adăugire la relațiile vechi, este logic ca psihiatrul să trăiască un contratransfer, așa cum pacientul trăiește transferul, ele fiind procese esențial identice — fiecare îl resimte în mod inconștient pe celălalt ca o figură din trecut.

Conceptul de *contratransfer* a cunoscut o evoluție considerabilă de la formularea sa (Hamilton, 1988; Kernberg, 1965). Definiția îngustă a lui Freud (1912/1958) se referea la transferul analistului față de pacient sau la răspunsul analistului la transferul pacientului. Implicită în această conceptualizare este apariția conflictelor nerezolvate din inconștientul analistului. Totuși Winnicott (1949), lucrând cu pacienți psihotici sau cu tulburări severe de personalitate, a remarcat o formă diferită de contratransfer. El a denumit sentimentul *ură obiectivă*, întrucât nu era o reacție rezultată din conflicte inconștiente nerezolvate ale terapeutului, ci mai degrabă o reacție naturală față de comportamentul scandalos al pacientului. Este obiectiv în măsura în care

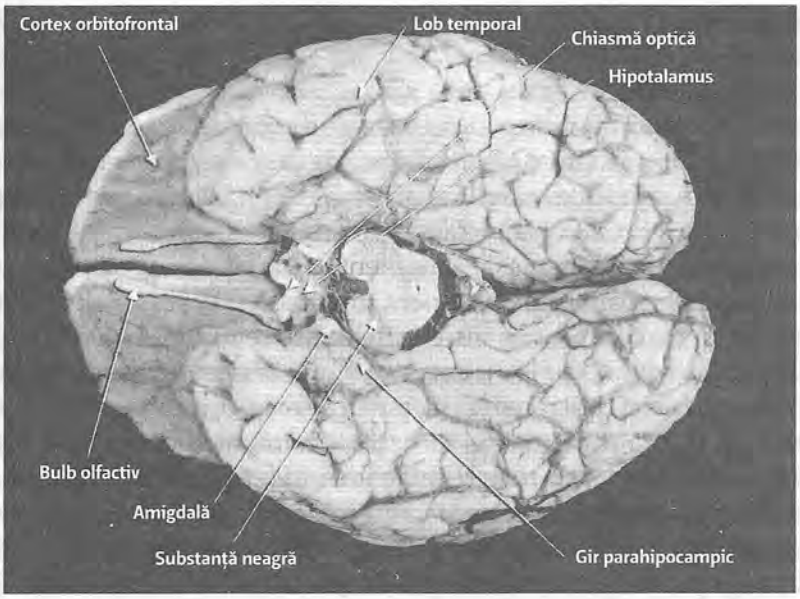

Figura 1–4. Cortexul orbitofrontal pe fața inferioară a creierului.

practic oricine ar reacționa în mod similar la un astfel de comportament provocator al unui pacient.

După cum prevedea Kernberg (1965), această definiție mai largă a contratransferului ca reacție emoțională totală conștientă și adecvată a terapeutului față de pacient câștigă o mai largă acceptare, în special întrucât ajută la descrierea muncii cu pacienți care au tulburări severe de personalitate, ceea ce constituie un segment din ce în ce mai important al practicii psihiatrului de orientare dinamică. Această definiție contribuie la atenuarea conotației peiorative a contratransferului — probleme nerezolvate ale terapeutului care impun tratament — și înlocuirea acesteia cu o concepție care vede contratransferul ca pe un important instrument diagnostic și terapeutic, care îi oferă terapeutului multe informații despre lumea internă a pacientului.

Întrucât definiția a continuat să evolueze, contratransferul este actualmente privit, în general, ca implicând *ambele* caracteristici — cea îngustă și cea largă, cuprinzătoare. Cele mai multe perspective teoretice consideră contratransferul ca implicând o reacție reunită creată în clinician, care rezultă parțial din contribuția trecutului clinicianului și parțial din sentimente *induse* de comportamentul pacientului (Gabbard, 1995). În unele cazuri, accentul poate fi pus mai mult pe contribuțiile clinicianului decât pe cele ale pacientului; în alte cazuri poate fi valabil reversul. Contratransferul constituie atât o sursă de informații valoroase referitoare la lumea internă a pacientului, cât și o interferență cu tratamentul.

1.5 Rezistența

Ultimul principiu major al psihiatriei dinamice se referă la dorința pacientului de a păstra un status quo, de a se opune eforturilor terapeutului de a produce insight și schimbare. În lucrările sale timpurii despre tehnică, Freud (1912/1958) a descris aceste puternice forțe care se opun: „Rezistența însoțește tratamentul pas cu pas. Fiecare asociație, fiecare act al persoanei sub tratament trebuie să țină seamă de rezistență și reprezintă un compromis între forțele care se luptă pentru vindecare și cele care se opun" (p. 103). Rezistențele la tratament sunt ubicuitare, ca și fenomenele de transfer, și pot îmbrăca multe forme, inclusiv întârzierea la întâlnirile fixate, refuzul de a lua medicamentele, uitarea sfaturilor sau interpretărilor psihiatrului, tăcerea în timpul ședințelor de terapie, concentrarea asupra unui material neimportant în timpul ședințelor sau uitarea achitării terapiei, pentru a enumera doar câteva. Rezistența poate fi conștientă, preconștientă sau inconștientă. Toate rezistențele au în comun o încercare de a evita sentimente neplăcute, fie ele de furie, vinovăție, ură, dragoste (dacă este direcționată către un obiect interzis cum ar fi terapeutul), invidie, rușine, jale, anxietate sau o combinație a acestora.

Rezistența apără boala pacientului. Mecanismele de apărare caracteristice pacientului, menite să-l păzească de sentimente neplăcute, ies la iveală în timpul tratamentului dinamic. De fapt, rezistența poate fi definită ca o însumare a apărărilor pacientului, așa cum se manifestă ele în tratamentul psihodinamic (Greenson, 1967). Diferența dintre rezistențe și mecanismele de apărare este doar aceea că primele pot fi observate, pe când cele din urmă trebuie deduse (Thomä și Kächele, 1987). Puterea apărării sau rezistenței este în mod necesar proporțională cu puterea impulsului subiacent. Așa cum observa Ralph Waldo Emerson: „Cu cât vorbea mai tare de onoarea sa, cu atât mai repede ne număram lingurile".

Psihiatrul de orientare dinamică se așteaptă să întâmpine rezistență la tratament și este pregătit să se adreseze acestui fenomen ca parte a procesului terapeutic. În timp ce alți terapeuți pot fi furioși când pacienții lor nu sunt complianți cu tratamentul prescris, psihiatrii de orientare dinamică sunt curioși să afle ce protejează această rezistență și ce situație din trecut este repusă în act. Deși rezistența are conotația unui obstacol care trebuie îndepărtat pentru a conduce tratamentul într-o mare măsură, înțelegerea rezistenței *este* tratamentul în numeroase cazuri. Freud avea tendința să utilizeze rezistența pentru a desemna două fenomene diferite: 1) o oprire a asociației libere a pacientului și 2) o revelație legată de o relație internă de obiect foarte semnificativă, din trecutul pacientului, adusă în prezent, împreună cu terapeutul

(Friedman, 1991). Modul în care pacientul rezistă este probabil o reeditare a unei relații trecute, care influențează o varietate de relații prezente. De exemplu, pacienții care și-au petrecut copilăria revoltându-se împotriva părinților ar putea să se revolte în mod inconștient împotriva doctorului lor, ca și împotriva altor figuri autoritare. Clinicianul de orientare dinamică ajută pacientul să înțeleagă aceste modele, astfel încât ele să devină pe deplin conștiente.

1.6 Neurobiologia și psihoterapia

Psihoterapia psihodinamică este o parte importantă a identității psihiatrului psihodinamic. Datele din neurobiologie contribuie la înțelegerea psihoterapiei într-un ritm remarcabil, în ultimii ani. O scurtă trecere în revistă a acestor date subliniază faptul că psihoterapia are un impact major asupra creierului și nu poate fi considerată doar o simplă „ținere de mână" sau reasigurare.

Într-o serie de experimente inovatoare cu melcul marin *Aplysia*, Kandel a demonstrat cum conexiunile sinaptice pot fi în mod permanent alterate și întărite prin reglarea expresiei genetice conectate cu învățarea din mediul extern (Kandel, 1979, 1983, 1998). În acest organism, numărul sinapselor se dublează sau triplează ca rezultat al învățării. Kandel a postulat că psihoterapia poate provoca modificări similare la nivelul sinapselor cerebrale. În același mod în care psihoterapeutul conceptualizează reprezentarea Sinelui și obiectelor ca maleabile prin intervenția psihoterapiei, Kandel a remarcat că substanța cerebrală ca atare este o structură plastică și dinamică. Dacă psihoterapia este privită ca o formă de învățare, atunci procesul învățării care are loc în cursul psihoterapiei poate să producă modificări ale expresiei genetice și deci să schimbe puterea conexiunilor sinaptice. Secvența unei gene — funcția de modelare — nu poate fi afectată de experiențe legate de mediu, dar funcția de transcripție a genei — capacitatea unei gene de a direcționa producerea unor proteine specifice — este cu siguranță reactivă la factorii din mediu și reglată de acele influențe.

O parte integrantă a psihoterapiei psihodinamice este realizarea insight-ului referitor la propriile probleme. Până de curând, procesul realizării insight-ului a rămas un mister în termenii corelației neuronale. Cercetări recente efectuate de Jung-Beeman et al. (2004) au aruncat o oarecare lumină asupra acestui proces. Utilizând date culese prin RMN funcțional și înregistrări electroencefalografice efectuate la nivelul scalpului, autorii au identificat modele diferite care indică o implicare diferențiată emisferică pentru soluțiile cu insight și fără insight. Subiecții

au rezolvat probleme verbale și după fiecare soluție corectă au indicat dacă au rezolvat problema cu sau fără insight. Investigatorii au găsit două corelații neuronale majore ale insight-ului. Imagistica a demonstrat creșterea activității în girusul temporal superior anterior al emisferei drepte pentru soluțiile cu insight, față de cele fără insight. Înregistrările electroencefalografice au identificat o creștere bruscă a activității neuronale cu frecvență înaltă (banda gamma), în aceeași arie, începând cu 0,3 secunde înainte de soluțiile cu insight. Astfel, apariția bruscă a fenomenului de insight în terapie se poate reflecta în activitatea neuronală specifică, ce are loc atunci când anumite conexiuni, mai puțin evidente anterior, devin vizibile.

Cercetători finlandezi au arătat că terapia psihodinamică ar putea avea un impact semnificativ asupra metabolismului serotoninei (Viinamäki et al., 1998). La începutul unui proces psihoterapeutic de un an, a fost efectuată o investigație imagistică — tomografie computerizată cu emisie unică de fotoni (SPECT) — la un tânăr de 25 de ani, cu tulburare de personalitate borderline și depresie. Unui alt bărbat, cu probleme similare, i s-au efectuat, de asemenea, investigații imagistice, dar el nu a beneficiat de psihoterapie sau de un alt tratament. Imaginile inițiale pe SPECT au arătat că ambii pacienți aveau o scădere marcată a captării serotoninei în aria prefrontală mediană și talamus, comparativ cu un lot martor de 10 subiecți sănătoși. După un an de terapie psihodinamică, investigația imagistică SPECT a arătat că pacientul care a beneficiat de psihoterapie avea o rată normală de captare a serotoninei, pe când pacientul control, care nu a făcut psihoterapie, continua să aibă o rată foarte scăzută de captare a serotoninei. Întrucât pacientul care a beneficiat de psihoterapie nu a urmat un tratament medicamentos în paralel cu terapia, aceste constatări sugerează că terapia dinamică în sine a dus la normalizarea metabolismului serotoninei.

Combinarea psihoterapiei cu farmacoterapia este din ce în ce mai frecventă în practica psihiatrică, pe măsură ce se acumulează dovezile că multe tulburări răspund mai bine la un tratament combinat, decât la una dintre abordări, aplicată separat (Gabbard și Kay, 2001). Întrucât ambele tratamente afectează creierul într-un sens foarte real, amândouă sunt tratamente biologice. Totuși mecanismele de acțiune ale celor două tipuri de tratament pot avea loc în arii foarte diferite ale creierului. Goldapple et al. (2004) au investigat, cu ajutorul PET, 17 pacienți fără tratament medicamentos, cu depresie unipolară, înainte și după o terapie cognitiv-comportamentală care cuprindea 15–20 de ședințe. Ei au comparat aceste constatări cu un alt grup, de 13 pacienți depresivi, care au răspuns la tratamentul cu paroxetină. Psihoterapia a părut să aibă impact asupra unor regiuni ale creierului unde medicamentele nu acționau. Psihoterapia a fost asociată cu creșteri ale metabolismului în girusul cingulat anterior și hipocamp și cu scăderi ale metabolismului

în cortexul frontal median, ventral și dorsal. În contrast, tratamentul cu paroxetină ducea la creșterea metabolismului în cortexul prefrontal și scăderea metabolismului în trunchiul cerebral și girusul cingulat subgenual. Pe scurt, terapia pare să acționeze într-o manieră „de sus în jos", pe când tratamentul medicamentos acționează „de jos în sus".

O concepție stigmatizantă referitoare la practica psihoterapiei este că pacienții care recurg la aceasta sunt doar cei care sunt bine și sunt doar îngrijorați, nu cei care suferă cu adevărat. Studiile neurobiologice ale pierderii sociale sugerează însă altceva. Eisenberger et al. (2003) au efectuat un studiu RMN funcțional conceput pentru a examina corelațiile neuronale ale excluderii sociale. Ei au testat ipoteza că originea cerebrală a durerii sociale este similară cu cea a durerii fizice. Au constatat că sentimentele de excludere sau respingere socială corespundeau cu cele din studiile referitoare la durerea fizică, atunci când erau activate aceleași arii cerebrale. De exemplu, s-a constatat că aria cortexului cingulat anterior, cunoscută ca fiind implicată în trăirea durerii fizice, este activată direct proporțional cu intensitatea suferinței sociale legate de sentimente de excludere. Într-un comentariu asupra studiului, Panksepp (2003) a făcut următoarea observație: „De-a lungul istoriei, poeții au scris despre durerea unei inimi zdrobite. Se pare că astfel de înțelegeri poetice referitoare la condiția umană sunt în prezent susținute de date din neurofiziologie" (p. 238).

Este, de asemenea, posibil ca elementele afective ale durerii să fie separate de componentele senzoriale. Singer et al. (2004) au evaluat activitatea cerebrală a unor voluntari în timp ce aceștia experimentau un stimul dureros și au comparat-o cu aceea care apărea atunci când subiecții voluntari observau un semnal care indica faptul că unei persoane iubite, prezentă în aceeași încăpere, i se aplica un stimul dureros similar. Datele rezultate din RMN funcțional au sugerat că subiecții voluntari aveau un răspuns neuronal la nivelul zonei anterioare a insulei, bilateral, precum și a cortexului cingulat anterior rostral, atunci când o persoană iubită suferea, dar nu exista nici un răspuns la nivelul ariilor implicate în durerea senzorială. Astfel, după cum știe orice terapeut bun, este posibil să resimți aspectele emoționale ale strădaniilor pacientului, fără întregul efect al calităților senzoriale inerente durerii. Investigatorii au ajuns la concluzia că această capacitate de a decupla aspectele sezoriale de cele emoționale ale empatiei oferă un sistem pentru reprezentarea stărilor corporale interne și a stărilor afective subiective ale celorlalți.

Această scurtă trecere în revistă a cercetărilor neurobiologice recente relevante pentru psihoterapie ne duce înapoi la dilemele psihic–creier discutate mai la începutul capitolului. Cunoașterea ariilor cerebrale activate de emoții în prezența simptomelor generate de forțe biologice nu diminuează cu nimic importanța semnificațiilor individuale și a

interpretărilor idiosincratice ale evenimentelor din viața unei persoane, bazate pe experiențele anterioare. În psihiatria psihodinamică trebuie să facem diferența dintre cauzare și semnificație. Psihiatria care pierde acest domeniu al semnificației devine fără conținut. Conflicte psihodinamice preexistente se pot atașa de simptome determinate biologic, cu rezultatul că simptomele funcționează apoi ca vehicul pentru exprimarea conflictelor (Gabbard, 1992). Să ne gândim la o analogie: când un magnet este plasat sub o foaie de hârtie pe care se află resturi de fier, acestea se aliniază și urmează mișcările magnetului pe suprafața hârtiei. În mod similar, elementele psihodinamice folosesc frecvent forțele biologice asemănătoare magnetului, pentru propriile lor scopuri. Halucinațiile auditive sunt generate parțial de modificări ale neurotransmițătorilor la persoanele cu schizofrenie, dar conținutul halucinațiilor are deseori semnificații specifice bazate pe conflictele psihodinamice ale pacientului.

1.7 Rolul psihiatrului de orientare dinamică în psihiatria contemporană

Formarea în psihiatrie dinamică lărgește semnificativ orizontul expertizei clinicianului. Un avantaj real al abordării dinamice este atenția pe care aceasta o acordă rolului factorilor legați de personalitate, în expresia tulburărilor. De altfel, personalitatea și influența sa asupra pacientului constituie domenii importante ale expertizei psihiatrului de orientare dinamică (Michels, 1988). După cum argumentau în mod convingător Perry et al. (1987), întrucât fiecare tratament implică modificarea și managementul terapeutic al personalității pacientului, evaluarea psihodinamică poate fi aplicată tuturor pacienților, nu doar celor trimiși pentru psihoterapie psihanalitică de lungă durată. Rezistențele la tratament, datorate caracterului, subminează frecvent orice plan terapeutic bine gândit. Simptomele sunt strâns legate de structura caracterului, iar psihiatrul de orientare dinamică recunoaște că în multe cazuri nu pot fi tratate simptomele fără a aborda mai întâi structura caracterologică.

Lipsa de complianță la schema farmacoterapeutică recomandată poate fi deseori înțeleasă prin perspectiva problemelor legate de transfer, contratransfer și rezistență. Există din ce în ce mai multe referințe în literatură asupra practicii farmacoterapiei dinamice (Appelbaum și Gutheil, 1980; Book, 1987; Docherty și Fiester, 1985; Docherty et al., 1977; Gabbard și Kay, 2001; Gutheil, 1977, 1982; Karasu,

1982; Kay, 2001; Ostow, 1983; Riba și Balon, 2005; Thompson și Brodie, 1981; Wylie și Wylie, 1987) și există un larg consens că semnificația psihodinamică a tratamentului medicamentos poate pune obstacole foarte mari la complianța față de administrarea de medicamente. În Capitolul 5 voi discuta în detaliu abordarea dinamică a farmacoterapiei.

O abordare terapeutică dinamică nu este necesară, cu siguranță, pentru fiecare pacient psihiatric. Cei care răspund bine la tratamentul medicamentos, la terapia electroconvulsivantă, la psihoterapiile scurte sau la desensibilizarea comportamentală nu au nevoie de serviciile unui psihiatru de orientare dinamică. Așa cum se întâmplă și cu toate celelalte școli de psihiatrie, abordarea psihoterapeutică dinamică nu poate trata eficient toate bolile psihice sau toți pacienții.

O abordare terapeutică strict dinamică ar trebui rezervată probabil pacienților care au cel mai mult nevoie de aceasta și care nu răspund la alte intervenții. Totuși o abordare *informată dinamic* a majorității — dacă nu a tuturor — pacienților poate îmbogăți practica psihiatrică și accentua sentimentul clinicianului de a stăpâni misterele psihicului uman. Aceasta ar putea, de asemenea, să-l ajute pe psihiatrul de orientare dinamică să identifice și să înțeleagă problemele contratransferențiale curente, care interferează cu formularea diagnosticului și eficiența tratamentului. Într-un studiu referitor la psihiatrii din sectorul privat și academic, Langsley și Yager (1988) au constatat că pe locul doi în ierarhia celor mai prețuite abilități este aceea de a „recunoaște problemele de contratransfer și idiosincraziile personale, în măsura în care ele influențează interacțiunile cu pacienții și de a fi capabil să se confrunte cu ele într-o manieră constructivă" (p. 471). Abordarea dinamică este singura care se adresează sistematic contribuțiilor conștiente și inconștiente ale psihiatrului la procesul terapeutic și la cel de evaluare.

2. Bazele teoretice ale psihiatriei dinamice

Nimic nu este atât de practic precum o teorie bună.

Kurt Lewin

Asemeni unui marinar fără sextant, un psihiatru care se apucă să navigheze în apele întunecate ale inconștientului fără o teorie se va rătăci curând. Teoria psihanalitică este fundamentul psihiatriei dinamice. Aduce ordinea în lumea internă, aparent haotică, a pacientului. Îi permite psihiatrului să suplimenteze și să depășească nivelul descriptiv, de catalogare a simptomelor și de aplicare a unor etichete diagnostice. Oferă o modalitate de a pătrunde și a înțelege interiorul alambicat al psihismului. Teoria nu este doar un ghid pentru clinician către formularea diagnostică, ci aduce informații pentru alegerea unui tratament individualizat. Înțelegerea teoretică ajută psihiatrul de orientare dinamică să decidă ce să spună, când să spună, cum să spună și ce este mai bine să nu spună.

Psihiatria dinamică actuală însumează cel puțin patru largi orientări teoretice psihanalitice: 1) psihologia Eului, derivată din teoria psihanalitică freudiană clasică; 2) teoria relațiilor de obiect, derivată din lucrările lui Melanie Klein și ale membrilor „Școlii britanice", incluzându-i pe Fairbairn, Winnicott și Balint; 3) psihologia Sinelui, formulată de Heinz Kohut și elaborată de mulți alți autori care i-au urmat; 4) teoria atașamentului.

Deși au fost scrise volume întregi referitoare la fiecare dintre cele patru orientări, aici vor fi examinate cele mai importante trăsături ale acestora. În capitolele următoare, teoriile sunt trecute în revistă pentru a putea ilustra aplicarea lor în clinică.

2.1 Psihologia Eului

Perioada timpurie a lui Freud ca investigator psihanalitic a fost puternic influențată de modelul său topografic (descris în Capitolul 1). Simptomele isteriei erau considerate rezultatul amintirilor refulate referitoare la evenimente sau idei. Freud a emis ipoteza că intervenția psihoterapeutică ar putea ridica refularea, ducând la rememorarea amintirilor. La rândul ei, descrierea verbală detaliată a ideii sau evenimentului patogenic rememorat, însoțită de emoții intense, ar duce la dispariția simptomului. De exemplu, brațul paralizat al unui tânăr ar putea fi rezultatul unei dorințe refulate de a-și lovi tatăl. Conform acestui model, tânărul ar putea să-și folosească din nou brațul prin recuperarea dorinței din inconștient, verbalizarea ei și exprimarea furiei față de tatăl său. Această metodă cathartică, cunoscută și ca *abreacție*, face ca amintirea patogenă inconștientă să devină conștientă.

Totuși modelul topografic a devenit curând insuficient pentru Freud. El întâlnea în mod repetat rezistențe ale pacienților săi la manevrele lui terapeutice. Anumite amintiri nu puteau fi aduse înapoi în câmpul conștiinței. Mecanismele de apărare responsabile pentru această rezistență erau ele însele inconștiente și deci inaccesibile. Aceste observații l-au dus pe Freud la concluzia că Eul are componente atât conștiente, cât și inconștiente.

O dată cu publicarea lucrării *Eul și Se-ul**, Freud (1923/1961) a introdus teoria structurală tripartită a Eului, Se-ului și Supraeului. În modelul structural, care înlocuiește modelul topografic, *Eul* era considerat ca fiind distinct de pulsiuni. Partea conștientă a Eului este organul executiv al psihicului, responsabil de luarea deciziilor și integrarea informațiilor datorate percepției. Partea inconștientă a Eului conține mecanismele de apărare, ca de exemplu refularea, care sunt necesare pentru a contrabalansa pulsiunile puternice adăpostite în Se — în mod specific sexualitatea (libidoul) și agresivitatea.

Se-ul este o instanță intrapsihică inconștientă în totalitate, care este interesată doar de descărcarea tensiunii. Se-ul este controlat atât de aspectele inconștiente ale Eului, cât și de a treia instanță a modelului structural — Supraeul. *Supraeul* este inconștient în cea mai mare parte, dar anumite aspecte sunt cu siguranță conștiente. Această instanță include conștiința morală și idealul Eului. Prima *proscrie* (i.e., dictează ceea ce cineva *nu* ar trebui să facă, bazat pe internalizarea valorilor parentale și sociale), pe când cea de a doua *prescrie* (i.e., dictează ceea ce cineva ar trebui să facă sau să fie). Supraeul tinde să fie mai sensibil

* Apărută în traducere românească în Freud, *Opere*, vol. 3, „Psihologia inconștientului", la Editura Trei, 2000. (*N. ed.*)

la străduințele Se-ului și de aceea este mai cufundat în inconștient decât este Eul (figura 2–1).

Psihologia Eului conceptualizează lumea intrapsihică ca o lume a conflictelor între instanțe. Supraeul, Eul și Se-ul se bat între ele, pe măsură ce sexualitatea și agresivitatea se luptă pentru exprimare și descărcare. Conflictul dintre instanțe produce anxietate. Anxietatea semnal (Freud 1926/1959) alertează Eul că este necesar un mecanism de apărare. Mecanismul de formare a simptomului nevrotic poate fi înțeles în această manieră. Conflictul produce anxietate, care duce la apărare, care conduce la un compromis între Se și Eu. Un simptom este deci o formațiune de compromis care apără împotriva dorinței ce se ridică din Se și totodată gratifică dorința într-o formă deghizată.

De exemplu, un contabil cu tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă era întotdeauna îngrijorat că șeful său ar putea fi furios pe el. El îl detesta în secret pe șeful său, iar anxietatea sa referitoare la furia șefului era o proiecție a propriei dorințe de a izbucni în fața șefului și a-i spune ceea ce crede despre el. Ca o apărare inconștientă, el era servil și îndatoritor față de șeful său, pentru a fi sigur că nu va putea fi acuzat că este furios pe acesta. Șeful considera acest comportament iritant și drept consecință exista în permanență o tensiune între cei doi. Cu alte cuvinte, stilul servil al contabilului îl apăra împotriva răbufnirii propriei furii, dar conținea o expresie atenuată a dorințelor sale agresive din cauza reacției pe care o producea în șeful său.

Astfel de formațiuni de compromis sunt procese psihice normale (Brenner, 1982). Simptomele nevrotice reprezintă doar varianta patologică. Trăsăturile de caracter pot fi formațiuni de compromis și pot reprezenta soluții adaptative și creative pentru conflictul intrapsihic.

2.1.1 Mecanismele de apărare

Freud a recunoscut existența altor mecanisme de apărare, dar el și-a îndreptat atenția, în cea mai mare parte, asupra refulării. În lucrarea ei de căpătâi *Eul și mecanismele de apărare* (Freud 1936/1966), fiica lui Freud, Anna, a extins contribuția lui și a descris în detaliu nouă mecanisme de apărare de sine stătătoare: regresia, formațiunea reacțională, anularea retroactivă, introiecția, identificarea, proiecția, întoarcerea împotriva Sinelui, transformarea în contrariu și sublimarea. Chiar mai important, ea a recunoscut implicațiile asupra tratamentului ale acestei atenții crescute privind apărarea Eului. Psihanalistul nu mai putea doar să aștepte descoperirea dorințelor inacceptabile din Se. O atenție egală trebuia îndreptată către vicisitudinile eforturilor de apărare manifestate de către Eu, care se vor evidenția ca rezistențe în timpul tratamentului.

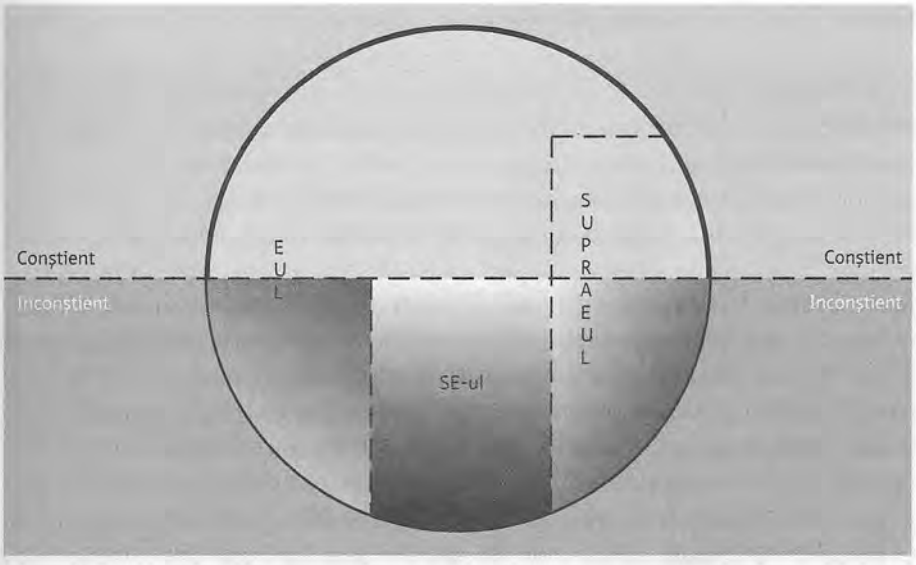

Figura 2–1. Model structural

Notă. Preconştientul a fost eliminat pentru simplificare.

Prin mutarea accentului pus de psihanaliză de la pulsiuni către apărările Eului, Anna Freud a anticipat îndepărtarea psihanalizei şi psihiatriei dinamice de la formarea simptomului nevrotic către patologia de caracter. Actualmente, definim parţial multe dintre formele tulburărilor de personalitate în conformitate cu mecanismele tipice de apărare. Astfel, psihiatrul de orientare dinamică trebuie să fie pe deplin familiar cu o gamă largă de mecanisme de apărare, datorită utilităţii lor în înţelegerea atât a problemelor nevrotice, cât şi a tulburărilor de personalitate.

Toate apărările au în comun protecţia Eului împotriva cerinţelor instinctuale din Se (Freud 1926/1959). Nici unul dintre noi nu este lipsit de mecanisme de apărare, iar apărările pe care le folosim spun multe despre noi. Ele sunt deseori clasificate conform unei ierarhii de la cea mai imatură sau patologică la cea mai matură sau sănătoasă (Vaillant, 1977), iar un profil al mecanismelor de apărare ale unei persoane este un bun barometru al sănătăţii psihice. Cele mai frecvente mecanisme de apărare sunt trecute în revistă în tabelul 2–1.

2.1.2 Aspecte adaptative ale Eului

Importanţa Eului pentru psihic nu se limitează la funcţiile sale de apărare. Heinz Hartmann a fost unul dintre principalii autori care au contribuit la psihologia contemporană a Eului, punând accentul pe alte aspecte ale Eului decât cele de apărare. El a îndepărtat Eul de Se şi l-a

Tabel 2-1. O ierarhie a mecanismelor de apărare.

Mecanismul de apărare	Descriere
Apărări primitive	
Clivajul	Compartimentarea trăirilor referitoare la Sine și altul, astfel încât integrarea nu este posibilă. Atunci când individul se confruntă cu contradicții în comportament, gândire sau afect, el tratează dezacordurile cu negare blândă sau cu indiferență. Această apărare previne apariția conflictului rezultat din incompatibilitatea celor două aspecte polarizate ale Sinelui sau ale celuilalt.
Identificarea proiectivă	Acest fenomen este atât un mecanism de apărare intrapsihic, cât și un tip de comunicare interpersonală și implică următorul comportament: o presiune interpersonală subtilă este pusă asupra altei persoane pentru a prelua caracteristici ale unui aspect al Sinelui sau ale unui obiect intern, care va fi proiectat în acea persoană. Persoana care este ținta proiecției va începe să se comporte, să gândească și să simtă în concordanță cu ceea ce a fost proiectat în ea.
Proiecția	A percepe și a reacționa la impulsuri interne și la derivatele acestora ca și când ar fi în afara Sinelui. Diferă de identificarea proiectivă prin faptul că ținta proiecției nu se schimbă.
Negarea	Evitarea conștientizării unor aspecte ale realității externe greu de înfruntat prin ignorarea informațiilor senzoriale.
Disocierea	Destrămarea sentimentului de continuitate al unei persoane în ariile identității, memoriei, conștiinței sau percepției ca o modalitate de a menține o iluzie a controlului psihic în fața neajutorării și a pierderii controlului. Deși similară clivajului, disocierea poate în cazuri extreme să implice afectarea memoriei referitoare la evenimente din cauza deconectării Sinelui de eveniment.
Idealizarea	Atribuirea unor calități perfecte sau aproape perfecte altor persoane, ca o modalitate de a evita anxietatea sau sentimentele negative, cum ar fi disprețul, invidia, furia.
Acting out	Punerea în act a unei dorințe sau fantasme inconștiente, în mod impulsiv, ca o modalitate de a evita afecte dureroase.
Somatizarea	Conversia durerii emoționale sau a altor stări afective în simptome fizice și concentrarea atenției persoanei asupra problemelor somatice (mai degrabă decât asupra celor intrapsihice).
Regresia	Întoarcerea la o fază anterioară de dezvoltare sau funcționare pentru a evita conflictele și tensiunile asociate cu nivelul prezent de dezvoltare al persoanei respective.
Fantasma schizoidă	Retragerea în propria lume internă pentru a evita anxietatea legată de situațiile interpersonale.

Apărări nevrotice de nivel mai înalt	
Introiecția	Internalizarea aspectelor unei persoane semnificative ca o modalitate de a accepta pierderea acelei persoane. Este, de asemenea, posibilă introiecția unui obiect ostil sau rău ca un mod de a-și oferi iluzia de control asupra obiectului. Introiecția are și forme care nu au ca scop apărarea și care fac parte din dezvoltarea normală.
Identificarea	Internalizarea calităților unei alte persoane, devenind asemenea acelei persoane. În timp ce introiecția duce la o reprezentare internalizată trăită ca un „altul", identificarea este trăită ca parte a Sinelui. Și identificarea poate avea alte funcții decât cea de apărare, în cadrul dezvoltării normale.
Deplasarea	Mutarea sentimentelor asociate unei idei sau unui obiect asupra altei idei sau altui obiect care seamănă într-o oarecare măsură cu originalul.
Intelectualizarea	Utilizarea gândirii excesive și abstracte pentru a evita sentimente neplăcute.
Izolarea afectului	Separarea unei idei de starea afectivă asociată acesteia, pentru a evita un tumult emoțional.
Raționalizarea	Justificarea unor atitudini, credințe sau comportamente inacceptabile, spre a le face tolerabile pentru propria persoană.
Sexualizarea	Atribuirea unei semnificații sexuale unui obiect sau comportament, pentru a transforma o experiență negativă într-una excitantă și stimulatoare sau pentru a înlătura anxietățile asociate cu obiectul respectiv.
Formațiunea reacțională	Transformarea unei dorințe sau a unui implus inacceptabil în opusul său.
Refularea	Excluderea ideilor sau impulsurilor inacceptabile sau împiedicarea lor de a trece în plan conștient. Refularea este diferită de negare prin faptul că aceasta din urmă este asociată cu date senzoriale externe, pe când refularea este asociată cu stări interne.
Anularea retroactivă	Încercarea de a nega implicațiile sexuale, agresive sau rușinoase, ale unui comentariu sau comportament anterior, prin elaborare, clarificare sau o acțiune opusă.
Apărări mature	
Umorul	Găsirea unor elemente comice și/sau ironice în situații dificile, pentru a reduce afectele neplăcute și disconfortul personal. Acest mecanism permite, de asemenea, luarea unei distanțe și un grad de obiectivitate față de evenimente, astfel încât persoana poate reflecta asupra celor ce se întâmplă.
Represia	Decizia conștientă de a nu da curs unui sentiment, unei stări sau unui impuls. Această apărare diferă de refulare și negare întrucât este mai degrabă conștientă decât inconștientă.

Ascetismul	Încercarea de a elimina aspecte plăcute ale vieții datorită conflictelor interne produse de acea plăcere. Acest mecanism poate sluji scopurilor transcendentale sau spirituale, precum în celibat.
Altruismul	Dedicarea persoanei nevoilor altora peste și dincolo de propriile nevoi. Comportamentul altruist poate fi pus în serviciul problemelor narcisice, dar poate, de asemenea, să fie sursa unor mari realizări și contribuții constructive pentru societate.
Anticiparea	Întârzierea gratificării imediate prin planificare și reflectare asupra viitoarelor realizări și succese.
Sublimarea	Transformarea scopurilor condamnabile din punct de vedere social sau inacceptabile din punct de vedere intern într-unele acceptabile social.

reorientat către lumea exterioară. Hartmann (1939/1958) a insistat asupra faptului că există o „sferă a Eului lipsită de conflict", care se dezvoltă independent de forțele și conflictele Se-ului. Într-un „cadru cu așteptări obișnuite", anumite funcții autonome ale Eului prezente la naștere pot să înflorească fără să fie împiedicate de conflict. Acestea includ gândirea, învățarea, percepția, controlul motor și limbajul, pentru a numi doar câteva. Punctul de vedere *adaptativ* al lui Hartmann este, în acest caz, o prelungire a conceptului său referitor la existența unei arii autonome, liberă de conflict, a Eului. Hartmann considera că prin neutralizarea energiilor sexuale și agresive, chiar și anumite apărări ar putea să-și piardă legătura cu forțele instinctuale ale Se-ului și să devină, secundar, autonome sau adaptative.

David Rapaport (1915) și Edith Jacobson (1964) au continuat gândirea lui Hartmann și au rafinat contribuția rodnică a acestuia la psihologia Eului. Este un lucru obișnuit astăzi, pentru clinicieni, să ia în considerație funcțiile Eului, forțele Eului, slăbiciunile Eului, ca parte a evaluării psihodinamice de rutină a unui pacient. Bellak et al. (1973) au sistematizat funcțiile Eului cu ajutorul scalelor, folosite atât în cercetare, cât și în evaluarea clinică. Printre cele mai importante funcții ale Eului se numără testarea realității, controlul impulsului, procesele gândirii, judecata, funcționarea sintetic-integratoare, capacitatea de control, autonomia primară și secundară (după Hartmann).

2.2 Teoria relațiilor de obiect

Psihologia Eului consideră că pulsiunile (i.e., sexualitatea și agresivitatea) sunt primare, pe când relațiile de obiect sunt secundare. (Este o bine stabilită, deși probabil regretabilă, tradiție în literatura psihanalitică

să se utilizeze termenul de *obiect* pentru a denumi o *persoană*. În ciuda conotației oarecum peiorative a termenului de *obiect*, îl voi folosi aici pentru constanță și claritate.) Cu alte cuvinte, problema cea mai presantă pentru copilul mic este descărcarea tensiunii datorate presiunii pulsiunilor. Teoria relațiilor de obiect, pe de altă parte, susține că pulsiunea apare în contextul unei relații (de ex., perechea mamă–copil) și deci nu poate fi separată una de cealaltă. Unii teoreticieni ai relațiilor de obiect (Fairbairn, 1952) ar sugera chiar că pulsiunile sunt angrenate în căutarea obiectului mai degrabă decât în reducerea tensiunii.

Formulată în cei mai simpli termeni, teoria relațiilor de obiect se referă la transformarea relațiilor interpersonale în reprezentări internalizate ale relațiilor. Pe măsură ce copiii se dezvoltă, ei nu internalizează doar un obiect sau o persoană; internalizează, mai degrabă, o întreagă *relație* (Fairbairn, 1940/1952, 1944/1952). Se formează, în timpul perioadelor când copilul mic este îngrijit, un prototip de experiență pozitivă, iubitoare (Freud, 1905/1953). Acest prototip conține o experiență pozitivă a Sinelui (copilul îngrijit), o experiență pozitivă față de obiect (mama atentă, grijulie) și o experiență afectivă pozitivă (plăcere, sațietate). Când foamea revine, iar mama copilului nu este imediat disponibilă, apare un prototip de experiență negativă, incluzând o experiență negativă a Sinelui (copilul frustrat, solicitant), un obiect neatent, frustrant (mama indisponibilă) și o experiență afectivă negativă de furie și, poate, spaimă. În final, aceste două experiențe sunt internalizate ca două seturi opuse de relații de obiect, care constau dintr-o reprezentare a Sinelui, o reprezentare a obiectului și un afect care le leagă pe acestea două (Ogden, 1983).

Internalizarea mamei de către copil, denumită de obicei *introiecție* (Schafer, 1968), începe cu senzațiile fizice asociate cu prezența mamei în timpul îngrijirilor, dar nu capătă sens până când nu se dezvoltă o graniță între interior și exterior. În jurul celei de-a șaisprezecea luni de viață, imaginile izolate ale mamei se unesc, progresiv, într-o reprezentare psihică durabilă (Sandler și Rosenblatt, 1962). În aceeași perioadă, se formează o reprezentare a Sinelui durabilă, la început ca o reprezentare corporală și mai târziu ca o compilație de senzații și experiențe percepute ca aparținând copilului.

Obiectul care a fost introiectat nu concordă neapărat cu obiectul din lumea exterioară. De exemplu, o mamă care nu este disponibilă pentru a hrăni copilul la cererea acestuia ar putea fi pur și simplu ocupată cu un frate mai mare, dar este *trăită* și *introiectată* de către copil ca ostilă, rejectantă și indisponibilă. Teoria relațiilor de obiect recunoaște că *nu* există o corelație directă între obiectul real și reprezentarea obiectului internalizat.

De asemenea, teoria relațiilor de obiect concepe conflictul în mod diferit față de psihologia Eului. Conflictul inconștient nu este doar lupta

dintre un impuls și o apărare; el este, totodată, o confruntare între perechi opuse de unități de relații interne de obiect (Kernberg, 1983; Ogden, 1983; Rinsley, 1977). Cu alte cuvinte, în orice moment, constelații diferite de reprezentări ale Sinelui, reprezentări de obiect și afecte se iau la întrecere pentru a ocupa locul central al scenei, în teatrul intrapsihic al relațiilor interne de obiect.

Internalizarea relațiilor de obiect implică întotdeauna o împărțire a Eului în suborganizări inconștiente (Ogden, 1983). Acestea se repartizează în două grupuri:

> (1) suborganizări ale Eului care țin de Sine, i.e., aspecte ale Eului în care persoana trăiește într-o mai mare măsură ideile și sentimentele ca fiind ale sale și (2) suborganizări ale Eului care țin de obiect, prin care semnificațiile sunt generate într-un mod bazat pe identificarea unui aspect al Eului cu obiectul. Această identificare cu obiectul este atât de completă, încât simțul original al Sinelui este pierdut aproape în întregime. (Ogden, 1983, p. 227)

Acest model ilustrează clar influența noțiunii de Supraeu a lui Freud care este trăită în mod obișnuit, ca și când ar fi un „corp străin" (i.e., o suborganizare a Eului care ține de obiect, care monitorizează ce face o suborganizare a Eului care ține de Sine). Modelul lui Ogden oferă, de asemenea, o cale înapoi de la intrapsihic la interpersonal. În acest cadru, transferul poate fi văzut ca luând una dintre cele două forme — fie rolul de subdiviziune a Eului legată de Sine, fie cel de subdiviziune a Eului legată de obiect; ambele pot fi externalizate asupra terapeutului, un proces care va fi discutat în detaliu în acest capitol.

2.2.1 O perspectivă istorică

Melanie Klein este considerată fondatoarea mișcării privind relațiile de obiect. Ea a emigrat din Budapesta, iar apoi din Berlin în Anglia, în 1926, unde teoria sa despre dezvoltarea timpurie a copilului a devenit foarte controversată. Ea a fost influențată de Freud, dar a adus și lucruri noi prin concentrarea asupra obiectelor interne. Prin aplicarea psihanalizei la copii, ea a dezvoltat o teorie care s-a bazat cu preponderență pe fantasmele intrapsihice inconștiente și care a comprimat în primul an de viață calendarul dezvoltării din teoria clasică. Complexul Oedip, de exemplu, era considerat de Melanie Klein ca suprapunându-se, aproximativ, cu înțărcarea, în cea de-a doua jumătate a primului an de viață.

În primele luni de viață, conform Melaniei Klein, copilul mic trăiește o spaimă de anihilare primitivă, legată de pulsiunea de moarte a lui Freud. Ca o modalitate de apărare împotriva acestei spaime, Eul recurge

la clivaj, în care toată „răutatea" sau agresivitatea derivată din pulsiunea de moarte este negată și proiectată asupra mamei. Copilul trăiește apoi cu frică față de persecuția mamei — care poate fi concretizată ca o teamă că mama va pătrunde înăuntrul copilului și va distruge orice lucru bun (derivat din libido), care a fost, de asemenea, clivat și este protejat înăuntrul copilului. Frica respectivă reprezintă anxietatea primară pe care Klein (1946/1975) a denumit-o *poziția paranoid-schizoidă*. Acest mod timpuriu de organizare a experienței și-a câștigat numele datorită mecanismelor de apărare proeminente, de clivaj al Eului („schizoid") și proiecție („paranoid"). Într-adevăr, proiecția și introiecția sunt cruciale pentru înțelegerea poziției paranoid-schizoide. Aceste mecanisme sunt utilizate pentru a separa „binele" de „rău" într-o cât mai mare măsură (Segal, 1964). După ce obiectele persecutoare sau rele au fost proiectate în mamă, pentru a le separa de obiectele bune sau idealizate, ele pot fi reintroiectate (i. e., luate înapoi, înăuntru) pentru a căpăta control și putere asupra lor. Concomitent, obiectele bune pot fi proiectate, pentru a le păstra în siguranță față de ceea ce este „rău", care acum se află înăuntru.

Ciclurile oscilante de proiecție și introiecție continuă până când copilul începe să realizeze că mama „rea" și mama „bună" nu sunt de fapt diferite, ci reprezintă aceeași persoană. Pe măsură ce copiii integrează cele două obiecte parțiale într-un singur obiect întreg, ei devin îngrijorați că fantasmele lor sadice, distructive față de mamă ar putea să o fi distrus. Noua îngrijorare față de mamă ca obiect întreg este denumită de Klein *anxietate depresivă* și anunță apariția *poziției depresive*. Această trăire implică teama că subiectul ar putea să-i rănească pe ceilalți, în contrast cu poziția paranoid-schizoidă, în care teama este că subiectul va fi rănit de ceilalți. Culpabilitatea devine o parte importantă a vieții afective a copilului, care încearcă să o rezolve prin *reparație*. Procesul respectiv poate cuprinde gesturi față de mamă care sunt concepute pentru a repara „răul" făcut acesteia în realitate sau în fantasmă. Klein consideră complexul Oedip ca pe un efort de a rezolva anxietățile depresive și culpabilitatea prin reparație.

Formulările lui Klein au fost criticate pentru că se bazează exclusiv pe fantasmă și deci reduc la minimum influența persoanelor reale din mediu, pentru că supraestimează pulsiunea de moarte — un concept care este puțin luat în considerare de către teoreticienii psihanaliști contemporani — și pentru că atribuie forme de cunoaștere adulte, sofisticate copiilor mici, în primul an de viață. Totuși descrierea excepțională a pozițiilor paranoid-schizoide și depresive are o valoare clinică extraordinară, mai ales dacă privim aceste poziții mai degrabă ca pe două modalități, întâlnite de-a lungul vieții, care generează trăiri și experiențe și creează un joc dialectic la nivelul psihicului, decât ca faze de dezvoltare care sunt depășite cu timpul (Ogden, 1986). Această formulare, ca modalități de a trăi și resimți, întâlnite

de-a lungul vieții, reduce semnificația calendarului dezvoltării preconizat de Klein.

Pentru Klein, pulsiunile constituiau fenomene psihologice cu adevărat complexe legate strâns de relații de obiect specifice. Pulsiunile nu erau privite ca având originea în corp, ci erau considerate, mai degrabă, ca folosind corpul ca pe un vehicul pentru exprimarea lor (Greenberg și Mitchell, 1983). În mod similar, pulsiunile nu erau privite ca pur și simplu căutând reducerea tensiunii, ci ca fiind orientate către obiecte specifice, din anumite motive. În timpul anilor '40, această perspectivă, precum și altele promovate de către Klein au dus la dezbateri aprinse în cadrul Societății Psihanalitice Britanice. Anna Freud era principala adversară a lui Klein, iar când o schismă a împărțit, în final, societatea, un segment, cunoscut ca Grupul B, a ales-o pe Anna Freud drept conducător, pe când Grupul A i-a rămas loial lui Klein. Un al treilea segment, Grupul de Mijloc, a refuzat să se alieze cu vreuna dintre părți. Grupul de Mijloc influențat, într-o oarecare măsură, de gândirea lui Klein, a creat teoria relațiilor de obiect așa cum o cunoaștem azi (Kohon, 1986). Persoanele asociate acestui al treilea segment nu s-au constituit oficial ca grup până în 1962, când au devenit cunoscute ca „Independenții". Printre figurile proeminente ale Independenților, denumiți uneori „Școala britanică" a entuziasmului de obiect (Sutherland, 1980), se numără D.W. Winnicott, Michael Balint, W.R.D. Fairnbairn, Margaret Little și Harry Guntrip. Acest grup a dominat, din punct de vedere numeric, societatea britanică, după Discuțiile Contradictorii din 1943 și 1944 (vezi King și Steiner, 1992), deși nu a existat o figură centrală care să fi publicat o teorie coerentă (Tuckett, 1996). Deși existau într-adevăr diferențe semnificative în lucrările acestor gânditori, opera lor avea teme comune. Toți erau interesați de dezvoltarea timpurie dinainte de complexul Oedip și toți erau centrați mai degrabă pe evoluția relațiilor interne de obiect decât pe teoria pulsiunilor. Mai mult decât atât, asemeni lui Klein și spre deosebire de Grupul B, aveau tendința de a trata pacienți mai grav bolnavi prin metode psihanalitice, obținând astfel, poate, o imagine mai intimă asupra stărilor psihice primitive.

Independenții au contribuit la contrabalansarea supraestimării de către Klein a fantasmelor, subliniind influența mediului asupra copilului în stadiile timpurii. Winnicott (1965), de exemplu, a formulat termenul de *mamă suficient de bună* pentru a caracteriza condițiile minime pe care un mediu trebuie să le îndeplinească pentru ca un copil să poată avea o dezvoltare normală. Balint (1979) a descris sentimentul, existent la mulți pacienți, că ceva lipsește, sentiment pe care l-a denumit *lipsa fundamentală*. El a considerat această lipsă ca fiind determinată de incapacitatea mamei de a răspunde la nevoile de bază ale copilului. Fairbairn (1963), probabil cel care s-a îndepărtat cel mai mult de teoria

pulsiunilor, considera că etiologia dificultăților pacientului schizoid nu era legată de frustrarea pulsiunilor, ci de incapacitatea mamei de a-i oferi experiențe care să-l asigure că este iubit pentru el însuși. El considera că instinctele sau pulsiunile nu sunt orientate către căutarea plăcerii, ci a obiectului. Mai mult, Fairbairn a contribuit la introducerea ideii de traumă timpurie ca factor patogen major, care are tendința să „înghețe" pacientul într-un moment critic al dezvoltării, înainte de vârsta de 3 ani (Fonagy și Target, 2003).

Acești gânditori au fost cu toții impresionați de faptul că o teorie a *deficitului*, ca și o teorie a *conflictului*, a fost necesară pentru o înțelegere psihanalitică globală a ființei umane. Analiștii au o altă sarcină pe lângă analiza conflictului. Ei servesc și drept obiect nou de internalizat de către pacienții lor, astfel încât să susțină structuri intrapsihice deficiente. Acesta este un punct critic pentru o teorie clinică a relațiilor de obiect — relațiile interne de obiect ale pacientului nu sunt săpate în granit; ele sunt deschise modificărilor prin intermediul unor experiențe noi.

Un alt concept-cheie care își are originea în Școala britanică este acela că un copil are o tendință înnăscută să se îndrepte către realizare (Summers 1999). Winnicott, în special, considera că există un *Sine adevărat* a cărui creștere poate fi facilitată sau împiedicată de către răspunsurile din partea mamei și din partea altor figuri din mediu. Bollas (1989) a extins această perspectivă, argumentând că ceea ce motivează în primul rând copilul este nevoia acestuia de a deveni el însuși, care este facilitată de capacitatea mamei de a lăsa copilul să-și exprime adevăratul Sine în interacțiune cu ea. Mama care nu poate oferi această capacitate de facilitare poate contribui la dezvoltarea, de către copil, a unui *Sine fals*, construit pentru a corespunde nevoilor și dorințelor mamei.

2.2.2 Sine și Eu

În timp ce psihologii Eului tind să minimalizeze semnificația Sinelui, în demersul lor orientat către o deplină înțelegere a Eului, teoreticienii relațiilor de obiect, datorită centrării lor asupra Sinelui, așa cum se relaționează cu obiectele, au încercat să clarifice, într-o și mai mare măsură, locul Sinelui în aparatul psihic. Una dintre controversele centrale dezbate dacă Sinele este o reprezentare intrapsihică a individului sau o sursă de acțiune și o instanță cu drepturi depline (Kernberg, 1982; Meissner, 1986).

Numeroși autori (Guntrip, 1968, 1971; Meissner, 1986; Schafer, 1976; Sutherland, 1983) și-au exprimat îngrijorarea că teoria structurală și modelul Sinelui ca reprezentare intrapsihică nu oferă o bază suficientă pentru un concept al Sinelui care să includă experiența subiectivă sau

instanța personală. Teoria structurală, prin modul în care este concepută, este orientată către funcții specifice care sunt de natură impersonală. Sutherland (1983), de exemplu, susține că o trăsătură de bază a Sinelui este rolul său activ, de inițiere vizavi de mediu — făcând eforturi mari în direcția relaționării și unității.

Există loc atât pentru Sinele ca reprezentare, cât și pentru Sinele ca instanță. De fapt, Sinele poate fi privit ca făcând parte din Eu și poate fi definit ca produsul final al integrării numeroaselor reprezentări ale Sinelui (Kernberg, 1982). Acest produs final integrat nu trebuie totuși considerat ca o entitate continuă, fără variații (Bollas, 1987; Mitchell, 1991; Ogden, 1989; Schafer, 1989). Deși dorim deseori să menținem o iluzie a unui Sine continuu, în realitate toți suntem compuși din variante ale Sinelui, multiple și discontinue, care sunt în permanență modelate și definite de relațiile reale sau fantasmatice cu ceilalți. Schafer (1989) a înțeles acest fenomen ca un set de variante ale Sinelui narative sau povestiri, pe care le dezvoltăm pentru a obține o istorie coerentă din punct de vedere emoțional a vieții noastre. Mitchell (1991) a observat că un paradox al travaliului psihanalitic este faptul că pe măsură ce pacienții învață să tolereze aceste multiple fațete ale lor, ei încep să se perceapă pe ei înșiși ca mai durabili și mai coerenți.

2.2.3 Mecanisme de apărare

Datorită asocierii istorice dintre teoria relațiilor de obiect și pacienții cu tulburări severe, se pune un accent considerabil pe apărările primitive, caracteristice tulburărilor de personalitate și psihozelor: clivajul, identificarea proiectivă, introiecția și negarea.

Clivajul

Clivajul este un proces inconștient care separă în mod activ unele de alte sentimente contradictorii, reprezentări ale Sinelui sau reprezentări de obiect. Deși Freud (1927/1961, 1940/1964) a făcut remarci dispersate referitoare la clivaj, Klein (1946/1975) este cea care a oferit clivajului un rol esențial în supraviețuirea emoțională în primele luni de viață. Clivajul îi permite copilului mic să separe binele de rău, plăcerea de neplăcere și dragostea de ură, astfel încât să păstreze trăirile, afectele, reprezentările Sinelui și reprezentările de obiect cu coloratură pozitivă în compartimente psihice bine izolate, la adăpost de contaminarea de către cele negative. Clivajul poate fi privit ca o modalitate biologică de bază de a organiza experiențele, prin care ceea ce este amenințător este separat de cel amenințat; este secundar elaborat într-o apărare

psihologică (Ogden, 1986). Clivajul este, de asemenea, o cauză fundamentală a slăbiciunii Eului (Kernberg, 1967, 1975). Integrarea derivatelor de pulsiuni libidinale și agresive asociate cu introiecțiile „bune" și „rele" servește la neutralizarea agresivității. Clivajul previne această neutralizare și astfel îl lipsește pe Eu de o sursă esențială de energie, în vederea dezvoltării.

În viziunea lui Kernberg, clivajul este caracterizat de anumite manifestări clinice: 1) expresii alternative ale unor comportamente și atitudini contradictorii, pe care pacientul le privește cu lipsă de îngrijorare și negare blândă; 2) împărțirea tuturor celor din mediu în tabere de „total bun" și „total rău", care este definită deseori ca *idealizare* sau *devalorizare* și 3) coexistența unor reprezentări ale Sinelui contradictorii, care alternează între ele. Deși Kernberg a considerat clivajul ca principala operațiune de apărare la pacienții cu tulburare de personalitate de tip borderline, clivajul poate fi observat la toți pacienții în anumite momente (Rangell, 1982) și el nu diferențiază în mod clar pacienții borderline de cei cu alte tulburări de personalitate (Allen et al., 1988). Kernberg face distincția între caracterul nevrotic și borderline, în parte și prin preferința acestuia din urmă pentru clivaj, față de refulare, dar cercetarea empirică arată că aceste două apărări operează independent și pot coexista la același individ (Perry și Cooper, 1986).

Identificarea proiectivă

Un al doilea mecanism de apărare, identificarea proiectivă, este un proces inconștient în trei etape, prin care aspecte ale propriei persoane sunt nerecunoscute și atribuite unei alte persoane (vezi figurile 2–2, 2–3 și 2–4). Cele trei etape (Ogden, 1979) sunt după cum urmează:

1. Pacientul proiectează o reprezentare a Sinelui sau o reprezentare de obiect asupra terapeutului.
2. Terapeutul se identifică în mod inconștient cu ceea ce este proiectat și începe să se simtă sau să se comporte ca reprezentarea de Sine sau de obiect proiectată, ca răspuns la presiunea interpersonală exercitată de pacient (acest aspect al fenomenului este uneori denumit *contraidentificare proiectivă* [Grinberg, 1979]).
3. Materialul proiectat este „prelucrat psihologic" și modificat de către terapeut, care i-l retrimite pacientului prin reintroiecție. Modificarea materialului proiectat, în schimb, influențează reprezentarea de Sine sau de obiect corespunzătoare și modelul de relaționare interpersonală.

Aceste trei etape sunt prezentate într-o manieră lineară artificială, pentru claritate. Totuși Ogden (1992) a subliniat că aceste aspecte nu sunt cu adevărat lineare, ci ar trebui mai degrabă conceptualizate ca

realizând o dialectică, în cadrul căreia pacientul și analistul intră într-o relație în care sunt simultan separați, dar și „în ton" unul cu celălalt. Se creează o subiectivitate unică prin dialectica penetrării reciproce a subiectivităților. Cu toate acestea, transferul și contratransferul pot fi

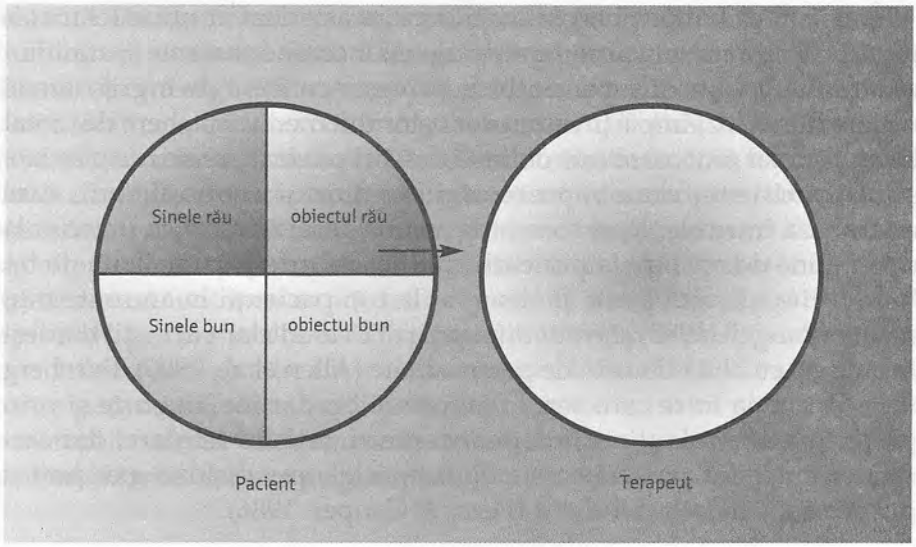

Figura 2–2. Identificarea proiectivă — pasul 1. Pacientul neagă și proiectează obiectul intern rău asupra terapeutului.

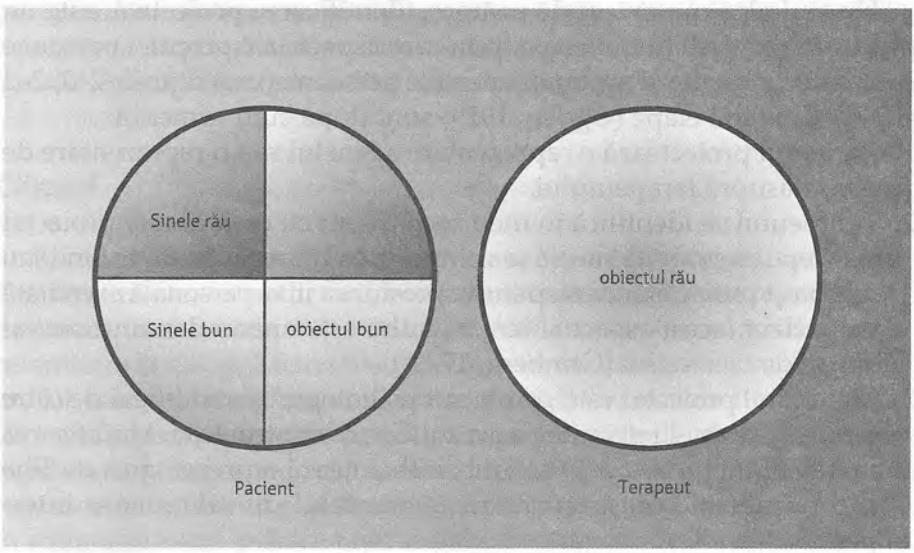

Figura 2–3. Identificarea proiectivă — pasul 2. În mod inconștient terapeutul începe să se simtă și/sau să se comporte ca obiectul rău proiectat, ca răspuns la presiunea interpersonală exercitată de către pacient (contraidentificarea proiectivă).

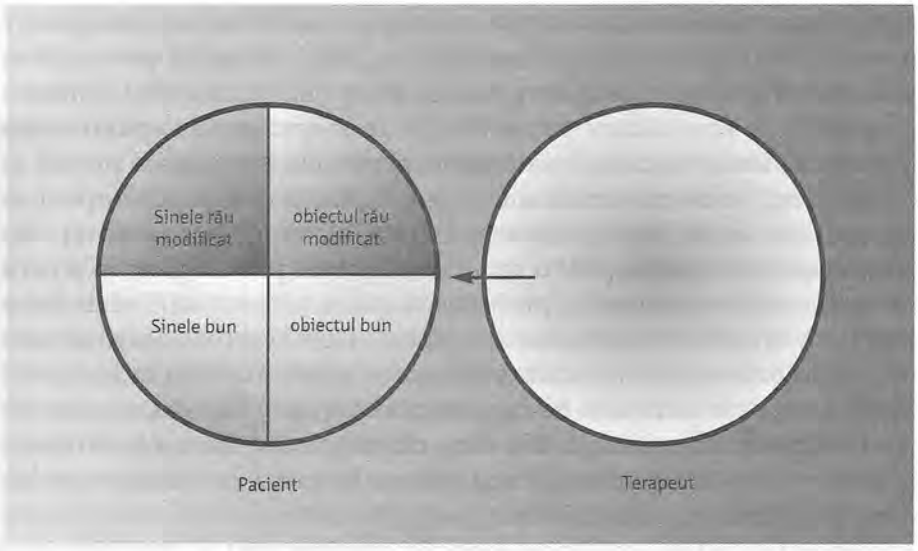

Figura 2–4 Identificarea proiectivă — pasul 3. Terapeutul reține și modifică obiectul rău proiectat, care este apoi reintroiectat pacientului și asimilat (identificare introiectivă).

corelate cu etapa 1 și respectiv etapa 2. Din acest punct de vedere, identificarea proiectivă are o dimensiune interpersonală, în plus față de rolul său de mecanism de apărare intrapsihic. Clivajul și identificarea proiectivă sunt mecanisme strâns corelate, care acționează împreună pentru a ține „binele" și „răul" separate (Grotstein, 1981). Elementul interpersonal inerent din definiția lui Ogden referitoare la identificarea proiectivă derivă din concepția lui Bion (1962), care vede terapeutul ca pe un container al proiecțiilor pacientului, asemănător cu mama care conține proiecțiile copilului ei.

Analiștii contemporani kleinieni din Londra privesc identificarea proiectivă oarecum diferit. Ei sunt mai înclinați să considere apărarea ca implicând nu proiecția unei părți a pacientului, ci mai degrabă o fantasmă a unei relații de obiect (Feldman, 1997). Din acest punct de vedere, transformarea țintei proiecției nu este neapărat necesară. Totuși se dezvoltă un consens tot mai mare din partea kleinienilor care consideră că analistul sau terapeutul este întotdeauna influențat într-o oarecare măsură de ceea ce proiectează pacientul și că o oarecare disponibilitate de a răspunde întru câtva la „înghiontirile" pacientului pentru a acționa în acord cu proiecțiile acestuia poate ajuta analistul să devină conștient de ceea ce este proiectat (Joseph, 1989; Spillius, 1992).

Așa cum este consemnat în Capitolul 1, contratransferul este o creație comună, care include atât contribuția pacientului, cât și a clinicianului (Gabbard, 1995). Pacientul evocă anumite răspunsuri în terapeut, dar propriile conflicte ale terapeutului și reprezentările interne de Sine și de obiect ale acestuia sunt cele care determină forma finală a răspun-

sului contratransferențial. Cu alte cuvinte, procesul necesită un „cârlig" în recipientul proiecției, de care să se agațe. Anumite proiecții se potrivesc mai bine cu recipientul decât altele (Gabbard, 1995). A limita conceptul de identificare proiectivă la un mecanism de apărare este inadecvat. Datorită componentei interpersonale, ea poate fi privită și ca: 1) un mijloc de comunicare, în care pacienții îl obligă pe terapeut să trăiască un set de sentimente similar cu al lor; 2) o modalitate de relaționare cu obiectul și 3) o cale de schimbări psihologice, în sensul că reintroiecția conținutului proiectat, după ce a fost modificat de către terapeut, duce la o modificare în pacient. Deși acest model al identificării proiective pune accentul pe ceea ce se petrece într-un cadru clinic, identificarea proiectivă se petrece în mod regulat și în situații care nu sunt terapeutice. În situațiile din afara clinicii, proiecțiile pot fi returnate în forme complet distorsionate sau „băgate pe gâtul pacientului", în loc de a fi modificate sau conținute.

Introiecția

Al treilea mecanism de apărare, introiecția, este un proces inconștient prin care un obiect extern este încorporat simbolic și asimilat, ca parte din persoana respectivă. Acest mecanism poate exista ca parte a identificării proiective, unde ceea ce este încorporat era inițial proiectat sau poate exista independent, ca inversul proiecției. În mod clasic, depresia a fost formulată de Freud (1917/1963) ca rezultatul introiecției unui obiect văzut în mod ambivalent. Furia concentrată asupra obiectului introiectat din pacientul deprimat duce la scăderea autostimei și la alte simptome ale depresiei. În idiomul contemporan referitor la relațiile de obiect, introiecția este diferențiată de identificare, fiind considerată ca una dintre cele două modalități principale de internalizare. De exemplu, dacă un părinte este *introiectat*, atunci el este internalizat ca parte a subdiviziunii referitoare la obiect a Eului și este trăit ca o prezență internă care nu alterează substanțial reprezentarea Sinelui. Pe de altă parte, în cazul *identificării*, părintele este internalizat ca parte a subdiviziunii referitoare la Sine a Eului și modifică material reprezentarea Sinelui (Sandler, 1990).

Negarea

Al patrulea mecanism de apărare, negarea, este o respingere directă a unor date traumatice senzoriale. În timp ce refularea este utilizată în general ca o apărare împotriva dorințelor sau impulsurilor *interne*, negarea este utilizată de obicei ca apărare împotriva realității externe

atunci când realitatea este copleșitor de tulburătoare. Deși asociat în primul rând cu psihozele și tulburările severe de personalitate, acest mecanism poate fi folosit și de către persoane sănătoase, în special în situații catastrofice.

Școala britanică a relațiilor de obiect a influențat mult teoria americană a relațiilor. Această teorie „a celor două persoane" și verii săi apropiați — intersubiectivismul, constructivismul și teoria interpersonală — au în comun concepția conform căreia percepțiile terapeutului referitoare la pacient sunt în mod inevitabil nuanțate de subiectivitatea terapeutului (Aron, 1996; Gill, 1994; Greenberg, 1991; Hoffman, 1992, 1998; Levine, 1994; Mitchell, 1993; Natterson, 1991; Renik, 1993, 1998; Stolorow et al., 1987). O trăsătură esențială a acestei concepții este că există două persoane în încăpere care se influențează reciproc, în orice moment. Astfel, terapeutul nu-și poate depăși propria subiectivitate atunci când formulează problemele pacientului. Mai mult, comportamentul real al terapeutului va avea un impact substanțial asupra transferului pacientului. Unii autori consideră că această perspectivă intersubiectivă depășește cadrele diferitelor școli și este relevantă pentru orice situație psihoterapeutică (Aron, 1996; Dunn, 1995; Gabbard, 1997; Levine, 1996).

2.3. Psihologia Sinelui

2.3.1 Kohut

Pe când teoria relațiilor de obiect pune accentul pe relațiile *internalizate* dintre *reprezentările* de Sine și de obiect, psihologia Sinelui subliniază modul în care relațiile externe ajută la menținerea autostimei și autocoeziunii. Avându-și originea în scrierile lui Heinz Kohut (1971, 1977, 1984), această abordare teoretică privește pacientul ca aflându-se într-o nevoie disperată de a primi anumite răspunsuri de la celelalte persoane, pentru a-și menține o stare de bine.

Psihologia Sinelui s-a dezvoltat din studiul lui Kohut asupra pacienților din ambulator, cu tulburări narcisice, pe care el îi avea în psihanaliză. El a remarcat că aceștia păreau diferiți de pacienții nevrotici clasici, care veneau pentru a trata simptome isterice sau obsesiv-compulsive. În schimb, ei se plângeau de sentimente greu de descris, de depresie și insatisfacție referitor la relații (Kohut, 1971). Ei se caracterizau, de asemenea, printr-o autostimă vulnerabilă, foarte sensibilă la ofense din partea prietenilor, familiei, iubiților, colegilor și a altora. Kohut a observat că modelul structural al psihologiei Eului nu părea să fie

adecvat pentru explicarea patogeniei și ameliorarea problemelor acestor pacienți.

Kohut a remarcat că acești pacienți formau două tipuri de transfer: transferul în oglindă și transferul idealizant. În cazul transferului în oglindă, pacientul așteaptă de la analist un răspuns de confirmare, de validare, pe care Kohut îl leagă de „strălucirea din ochii mamei" ca răspuns la demonstrații, corespunzătoare fazei de dezvoltare, din partea copilului mic — ceea ce Kohut a denumit *Sinele grandios-exhibiționist*. Aceste răspunsuri aprobatoare sunt esențiale, conform lui Kohut, pentru dezvoltarea normală, prin faptul că-i conferă copilului un sentiment de valoare proprie. Când o mamă nu reușește să empatizeze cu nevoia copilului pentru un astfel de răspuns în oglindă, copilul are mari dificultăți în menținerea unui sentiment de întregime și de autoconsiderație. Ca răspuns la această lipsă de empatie, sentimentul de Sine al copilului se fragmentează, iar copilul se străduie, cu disperare, să fie perfect și să aibă „performanțe" pentru părinte, astfel încât să câștige aprobarea mult râvnită. Această modalitate de „a demonstra" este o altă formă de manifestare a Sinelui grandios-exhibiționist (Baker și Baker, 1987). Aceleași fenomene constituie transferul în oglindă la adulții care vin pentru tratament. Pacientul adult care realizează „performanțe" pentru terapeutul său, într-o încercare disperată de a câștiga aprobarea și admirația, poate dezvolta un transfer în oglindă.

Transferul idealizant, așa cum o spune și denumirea sa, se referă la o situație în care pacientul percepe terapeutul ca pe un părinte atotputernic, a cărui prezență alină și vindecă. Dorința de a se încălzi la lumina reflectată a gloriei terapeutului idealizat este o manifestare a acestui transfer. Așa cum copilul poate fi traumatizat de lipsa de empatie a unei mame, care nu oferă răspunsuri în oglindă Sinelui grandios-exhibiționist al copilului său, tot așa poate fi traumatizat același copil de o mamă care nu empatizează cu nevoia copilului de a o idealiza sau care nu îi oferă un model demn de a fi idealizat.

În oricare dintre cazuri, pacientul adult care a avut astfel de probleme timpurii și care prezintă înclinații către aceste tipuri de transfer se luptă cu un Sine deficient — unul care este înghețat, din punctul de vedere al dezvoltării, într-un punct în care este foarte înclinat către fragmentare. Kohut considera că modelul structural al conflictului asociat cu psihologia Eului nu este suficient pentru explicarea acestor nevoi narcisice de oglindire și idealizare. Mai mult, el a observat o notă moralizatoare, peiorativă în atitudinea analiștilor care abordează narcisismul dintr-o perspectivă clasică. El credea că urmarea modelului lui Freud (1914/1963) a fost foarte dăunătoare; acesta propunea o tranziție de la o stare de narcisism primar la iubirea de obiect, ca parte a procesului normal de maturizare. Rezultatul gândirii lui Freud a fost

că subiectul respectiv ar trebui să depășească eforturile narcisice și să fie mai preocupat de nevoile altora.

Kohut considera că acest punct de vedere era ipocrit. El a susținut că nevoile narcisice persistă de-a lungul vieții, însoțind și dezvoltarea din perspectiva iubirii de obiect. El a postulat o teorie a *axei duble* (vezi figura 2–5), care permitea o continuă dezvoltare din *ambele* perspective: narcisică și a iubirii de obiect (Ornstein, 1974). Pe măsură ce copiii cresc, ei încearcă să obțină perfecțiunea pierdută a legăturii timpurii mamă–copil, prin una dintre cele două strategii — Sinele grandios, unde perfecțiunea este captată înăuntru, și imaginea parentală idealizată, unde perfecțiunea este atribuită părintelui. Cei doi poli constituie *Sinele bipolar*. În ultima sa carte (publicată postum), Kohut (1984) extinde această teorie la un Sine cu *trei poli*, adăugând un al treilea pol al nevoilor obiectului Sinelui, *geamănul* sau *alter ego*. Acest aspect al Sinelui apare în transfer ca o nevoie de a fi exact ca terapeutul. Își are originile dezvoltării într-o dorință de fuziune, care este transformată treptat într-un comportament de imitare. De exemplu, băiatul se poate juca de-a tunsul gazonului, în timp ce tatăl său taie iarba. Acest al treilea pol al Sinelui are o utilitate clinică limitată, în comparație cu celelalte două, și este frecvent exclus din discuțiile referitoare la transferul obiectului Sinelui. Dacă lipsa de empatie ar fi tipică răspunsului parental la aceste strategii, ar apărea o stagnare în dezvoltare. Printr-o îngrijire parentală adecvată, pe de altă parte, Sinele grandios este transformat în ambiții sănătoase, iar imaginea parentală idealizată devine internalizată, sub formă de idealuri și valori (Kohut, 1971). Astfel, terapeuții ar putea empatiza cu nevoile narcisice ale pacienților lor, considerându-le ca normale din punctul de vedere al dezvoltării, în loc să-i privească pe aceștia, într-o manieră disprețuitoare, ca fiind egocentrici și imaturi. În timp ce teoria clasică a psihologiei Eului consideră că pacientul are dorințe infantile la care trebuie să renunțe, Kohut consideră că aceștia au *nevoi* care trebuie înțelese și cărora trebuie să li se răspundă, parțial, în timpul tratamentului (Eagle, 1990). Prima carte a lui Kohut a propus această formulare teoretică în primul rând pentru patologia de caracter de tip narcisic. Până la apariția ultimei sale cărți, el extinsese mult domeniul psihologiei Sinelui:

> Psihologia Sinelui încearcă acum să demonstreze [...] că toate formele de psihopatologie se bazează pe defecte în structura Sinelui, pe distorsiuni ale Sinelui sau pe slăbiciunea Sinelui. Mai mult, încearcă să arate că toate aceste defecte ale Sinelui sunt datorate unor tulburări, existente în copilărie, ale relațiilor dintre Sine și obiectul Sinelui. (Kohut, 1984, p. 53)

Termenul de *obiect al Sinelui* a devenit un termen generic, care descrie rolul pe care alte persoane îl îndeplinesc pentru Sine în privința nevoilor

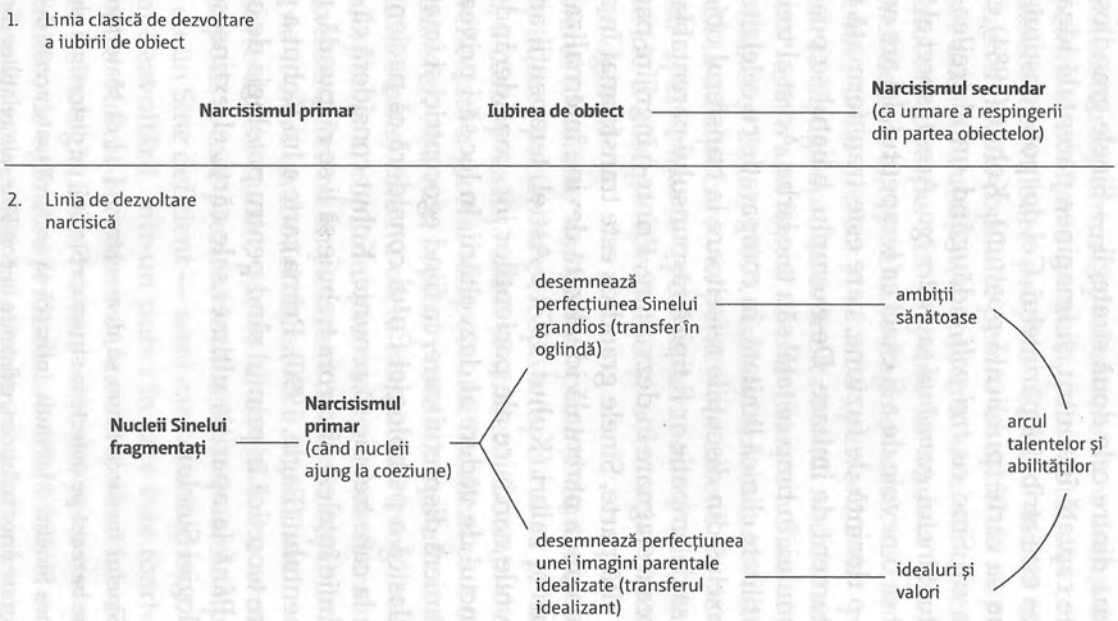

Figura 2–5. Teoria axei duble a lui Kohut.

de oglindire și idealizare. Din punctul de vedere al creșterii și dezvoltării Sinelui, ceilalți nu sunt priviți ca persoane separate, ci ca obiecte care gratifică aceste nevoi ale Sinelui. Astfel, într-o oarecare măsură, obiectele Sinelui pot fi considerate mai degrabă ca funcții (de ex., alinare, validare) decât ca persoane. Nevoia de obiecte ale Sinelui nu este niciodată depășită, conform lui Kohut, ci persistă de-a lungul vieții — avem nevoie de obiecte ale Sinelui în mediul nostru pentru supraviețuirea emoțională, așa cum avem nevoie de oxigen în atmosferă pentru supraviețuirea fizică (Kohut, 1984).

Una dintre implicațiile formei finale a teoriei lui Kohut este că separarea psihologică este un mit. Psihologia Sinelui consideră separarea Sinelui de obiectul Sinelui ca fiind imposibilă. Toți avem nevoie de răspunsuri pozitive, empatice din partea celorlalți, de-a lungul vieții, pentru a ne menține autostima. Creșterea și dezvoltarea duc la trecerea de la o nevoie de obiecte ale Sinelui arhaice către capacitatea de a utiliza obiecte ale Sinelui mai mature și mai adecvate. În situațiile clinice, scopul tratamentului este întărirea Sinelui slăbit, astfel încât să poată tolera experiențe legate de obiecte ale Sinelui, care nu sunt optime, fără să sufere o pierdere semnificativă a coeziunii de Sine (Wolf, 1988).

Kohut s-a opus întotdeauna unei definiții simple a Sinelui, pe care îl considera a fi o structură atât de cuprinzătoare, încât sfidează definițiile rigide. Totuși în momentul morții sale, în 1981, concepția sa despre Sine s-a îndreptat, în mod clar, de la cea a unei reprezentări a Sinelui către cea a unui „Sine suprainvestit drept constelația psihică primară, centrul trăirilor și inițiativei și principala instanță a motivației" (Curtis, 1985, p. 343). Printre alte implicații se numără o reducere pervazivă a accentului pus pe Eu și pe destinul pulsiunilor și apărărilor, o mai mare concentrare asupra trărilor subiective conștiente și considerarea agresivității mai degrabă ca secundară eșecurilor obiectelor Sinelui (de ex., furie narcisică), decât ca un impuls primar sau înnăscut. În acest cadru, apărările și rezistențele sau „rezistențe-apărări", cum le numea Kohut (1984), sunt privite cu totul diferit: „Eu personal prefer să vorbesc despre «tendința la apărare» a pacienților — și să consider atitudinile lor defensive ca adaptative și valoroase din punct de vedere psihologic — și nu despre «rezistențele» lor" (p. 114). În mod evident, ele sunt valoroase și adaptative întrucât păstrează integritatea Sinelui.

În contrast cu partizanii psihologiei Eului, Kohut considera complexul Oedip ca având o importanță secundară. Conflictele oedipiene, care implică sexualitate și agresivitate, sunt simple „produse rezultate" din eșecurile dezvoltării timpurii în matricea Sine–obiect al Sinelui. Dacă o mamă răspunde adecvat nevoilor obiectului Sinelui ale copilului său, complexul Oedip poate fi depășit cu bine, fără ca acel copil să devină simptomatic. Anxietatea fundamentală, conform psihologiei Sinelui,

este o „anxietate de dezintegrare", care implică teama că Sinele persoanei respective se va fragmenta, ca rezultat al unor răspunsuri inadecvate pentru obiectul Sinelui, toate acestea ducând la trăirea unei stări nonumane de moarte psihologică (Baker și Baker, 1987). Din punctul de vedere al psihologiei Sinelui, cele mai multe forme de comportament simptomatic (de ex., abuz de droguri, promiscuitate sexuală, perversiuni, automutilare, criza de bulimie și eliminarea) *nu* iau naștere din conflictul nevrotic legat de angoasa de castrare. Ele reflectă, mai degrabă, „o încercare de urgență de a menține și/sau de a restaura coeziunea internă și armonia unui Sine vulnerabil, nesănătos" (Baker și Baker, 1987, p. 5). Aceste fragmentări ale Sinelui au loc de-a lungul unui continuum care se întinde de la îngrijorarea sau anxietatea ușoară la panica severă, cu sentimentul că persoana se desface complet în bucăți (Wolf, 1988).

Accentul pus de psihologia Eului asupra eșecurilor figurilor parentale și a deficiențelor Sinelui, care rezultă din acestea, are o rezonanță cu teoriile britanice ale relațiilor de obiect. În lucrările despre psihologia Eului, pot fi auzite ecouri ale noțiunii de mamă suficient de bună propuse de Winnicott și ale lipsei fundamentale propuse de Balint. Deși Kohut nu recunoaște contribuția acestor teoreticieni, influența lor este incontestabilă. Totuși teoreticienii relațiilor de obiect nu au dezvoltat noțiunea de Sine în aceeași măsură în care a făcut-o Kohut, probabil datorită aderării lor la un model de dezvoltare care păstrează potențialul moralizator evitat de Kohut (Bacal 1987). Kohut a avut, de asemenea, o contribuție semnificativă la recunoașterea semnificației autostimei în patogenia tulburărilor psihiatrice.

2.3.2 Contribuțiile de după Kohut

După moartea lui Kohut, o nouă generație de partizani ai psihologiei Sinelui au elaborat și extins aspecte ale teoriei sale. Wolf (1988) a identificat alte două transferuri ale obiectului Sinelui. *Transferul de obiect al Sinelui de tip opozițional* este un transfer în care pacientul simte analistul ca un individ care se opune, în mod blând, dar care totuși oferă susținere într-o oarecare măsură. Analistul este, de asemenea, perceput ca oferind un anume grad de autonomie pentru Sinele pacientului, acceptând nevoia pacientului de a fi în opoziție. Al doilea transfer al obiectului de sine observat de Wolf este legat de transferul în oglindă, dar datorită relației sale cu o motivație intrinsecă de a obține controlul, este suficient de diferit pentru a primi o denumire aparte. Cunoscut drept *transferul eficient al obiectului Sinelui*, el implică percepția pacientului că analistul îi permite acestuia să producă, în mod eficient, un comportament necesar al obiectului Sinelui în analist.

Alți analiști influențați de psihologia Sinelui consideră că informația din afara modului empatic-introspectiv de percepție trebuie integrată în baza de cunoștințe a analistului. Lichtenberg (1998; Lichtenberg și Hadley, 1989) privește cunoașterea unor „scene model", prototipuri ale experiențelor din copilărie, ca fiind foarte relevantă pentru reconstruirea și înțelegerea experienței timpurii a pacientului. El a susținut că trebuie luate în considerare cinci sisteme motivaționale diferite, pentru a înțelege pe deplin forțele care acționează în pacient. Fiecare dintre aceste sisteme se bazează pe nevoi înnăscute și modele asociate de răspuns. Un sistem se dezvoltă ca răspuns la nevoia de atașament și afiliere. Al doilea sistem include răspunsuri la nevoia de reglare psihică și cerințe fiziologice. Al treilea sistem evoluează ca răspuns la nevoia de afirmare și explorare. Al patrulea sistem răspunde la nevoia de a reacționa la situațiile potrivnice prin retragere și/sau antagonism. Al cincilea sistem cuprinde răspunsuri la nevoia de plăceri senzuale și, în final, de excitație sexuală. Aceste sisteme se află într-o tensiune dialectică unul cu celălalt și suferă o rearanjare ierarhică permanentă. Fiecare dintre cele cinci sisteme se poate dezvolta doar în prezența unui răspuns de reciprocitate din partea celor care îngrijesc persoana respectivă. Lichtenberg avea rezerve referitor la teoria lui Kohut, din cauza tendinței acesteia de a plasa plăcerea sexuală și nonsexuală într-o poziție relativ periferică.

Bacal și Newman (1990) au încercat să reunească psihologia Sinelui cu teoria relațiilor de obiect. Ei au susținut că psihologia Sinelui poate fi înțeleasă ca o variantă a teoriei relațiilor de obiect și că Kohut nu a recunoscut influența ideilor Școlii britanice referitoare la relațiile de obiect asupra propriilor lui concepte. Bacal și Newman arată că adevărata unitate de bază a psihologiei Sinelui constă din Sinele conectat la obiectul său, mai degrabă decât izolat de acesta.

Alți revizioniști au pus sub semnul întrebării modalitatea de intervenție terapeutică propusă de Kohut, care implică o frustrare optimă a nevoilor pacientului, în contextul unei înțelegeri empatice. Deși Kohut a subliniat în numeroase rânduri că tehnica sa constă esențialmente în interpretare, anumiți observatori (de ex., Siegel, 1996) au arătat că abordarea lui era foarte diferită de tipul de frustrare propus de Freud. În ultima sa carte, Kohut acceptă rolul experienței emoționale corective. Totuși Bacal (1985) a criticat noțiunea lui Kohut de frustrare optimă, arătând că „răspunsul optim" este la fel de important pentru procesul analitic. Lindon (1994) avea rețineri similare și a propus termenul de *precauție optimă*, referitor la problema unei prea mari abstinențe din partea analistului. Totuși el nu considera acest tip de precauție ca fiind curativ. Concepția lui Lindon referitor la precauție implica, mai degrabă, crearea unei atmosfere care să faciliteze explorarea inconștientului pacientului și nu neapărat să repare defectele legate de dezvoltare. El a stipulat că precauția trebuie să se afle

în serviciul progresului muncii analitice, în mai mare măsură decât să fie un obstacol pentru procesul analitic.

2.4 Considerații referitoare la dezvoltare

Într-o oarecare măsură, toate teoriile psihanalitice se bazează pe o gândire legată de dezvoltare. Așa cum teoria psihanalitică a evoluat de la punerea accentului pe pulsiuni, apărări și conflict intrapsihic între instanțe, către preocupări referitoare la Sine, obiect și relații, la fel s-a deplasat și cercetarea asupra dezvoltării în direcția respectivă. Teoriile timpurii ale dezvoltării, asociate cu psihologia Eului, erau centrate pe ariile libidinale și erau, în mare parte, reconstrucții ale dezvoltării timpurii, bazate pe travaliul psihanalitic cu pacienți adulți. Erikson (1959), urmând calea propusă de Hartmann, a făcut un efort de a integra conflictul dintre instanțe în cadrul mai larg al psihologiei Eului. El s-a concentrat asupra problemelor psihosociale din mediu, care i-au permis să creeze o schemă de dezvoltare epigenetică, schemă caracterizată printr-o criză psihosocială în fiecare fază. De exemplu, în timpul fazei orale a dezvoltării, în copilul mic se duce lupta dintre încrederea de bază și neîncrederea de bază. Criza fazei anale implică autonomie versus rușine și îndoială. În timpul fazei falice-oedipiene, în copil se duce lupta dintre inițiativă și vinovăție.

Faza oedipiană a dezvoltării începe în jurul vârstei de 3 ani și este asociată cu o concentrare mai mare asupra organelor genitale ca sursă de plăcere. În paralel cu acest interes, există o dorință intensificată de a fi, în mod exclusiv, obiectul iubirii părintelui de sex opus. Totuși, în același timp, perechea sau cadrul de referință mamă–copil se transformă într-o relație în trei, copilul devenind conștient că există un rival în privința afecțiunii părintelui de sex opus.

În cazul copiilor de sex masculin, primul obiect al iubirii este mama, astfel încât nu este necesară o deplasare a afecțiunii. Băiatul își dorește să doarmă cu ea, să o mângâie și să fie în centrul lumii ei. Întrucât tatăl interferează cu aceste planuri, copilul resimte dorințe de moarte la adresa rivalului său. Aceste dorințe au ca rezultat vinovăția, teama de răzbunarea tatălui și un sentiment de anxietate referitor la iminența răzbunării. Freud a observat, în mod repetat, că principala sursă a anxietății băiatului în timpul acestei faze de dezvoltare este că răzbunarea tatălui va lua forma castrării. Pentru a evita această pedeapsă, *băiatul renunță la dorințele sale sexuale pentru mamă, identificându-se* cu tatăl său. Această identificare cu agresorul implică decizia de a căuta o femeie *asemenea* mamei sale, astfel încât băiatul să fie *asemenea* tatălui

său. Ca parte a acestei rezolvări oedipiene, tatăl răzbunător este internalizat în jurul vârstei de cinci sau șase ani, formând Supraeul, pe care Freud îl considera drept moștenitorul complexului Oedip. Perspectiva contemporană asupra fazei oedipiene a dezvoltării arată că există, de asemenea, o dorință libidinală pentru părintele de *același sex*, asociată cu o dorință de a scăpa de părintele de *sex opus*. Aceasta este deseori denumită complexul *Oedip negativ*.

Freud a întâlnit mai multe dificultăți în explicarea dezvoltării oedipiene a fetelor. Într-o serie de lucrări (Freud, 1925/1961, 1931/1961, 1933/1964), el a recunoscut, cu franchețe, uimirea sa față de psihologia femeii, însă s-a luptat în continuare pentru a descrie dezvoltarea femeii. Una dintre modalitățile prin care a abordat această dificultate a fost să presupună că dezvoltarea femeilor era, în principiu, similară cu cea a bărbaților. În viziunea lui Freud, în timp ce la băieți complexul Oedip este rezolvat prin complexul de castrare, la fete este *promulgat* de conștientizarea „castrării". În fazele preoedipiene ale dezvoltării, în concepția lui Freud, fetița se simte esențialmente ca un băiețel, până când descoperă existența penisului. În acel moment, ea începe să se simtă inferioară și cade victimă invidiei de penis. Ea are tendința să arunce vina pe mamă pentru inferioritatea ei, astfel încât se întoarce către tată ca obiect al iubirii sale, iar dorința de a avea un copil de la tatăl său înlocuiește dorința ei de penis. Freud considera că pentru fată, după descoperirea „inferiorității ei genitale", era posibilă una dintre următoarele trei căi: 1) blocarea întregii sexualități (i. e., nevroză); 2) o hipermasculinitate sfidătoare sau 3) feminitate clară, care presupune renunțarea la sexualitatea clitoridiană. În rezolvarea normală oedipiană, factorul-cheie a fost considerat ca fiind pierderea dragostei mamei, mai mult decât teama de castrare de către tată.

Mai mulți autori psihanaliști contemporani au pus sub semnul întrebării modelul lui Freud legat la dezvoltarea femeii. Stoller (1976) nu a fost de acord cu Freud referitor la evoluția feminității ca produs al diferențierii sexuale, invidiei de penis și conflictului inconștient. El considera că feminitatea este un potențial înnăscut și că o confluență între atribuirea sexului la naștere, atitudinile parentale, organizarea neurofiziologică cerebrală a fătului, interacțiunile timpurii dintre copil și părinți și lecțiile din partea mediului formează un nucleu complex în jurul căruia se va organiza, în final, feminitatea matură. El a denumit acest prim pas *feminitate primară*, întrucât nu era considerată ca un produs al conflictului. Tyson (1996) subliniază că feminitatea matură începe cu feminitatea primară, dar rezolvarea conflictului, ca și identificările cu ambii părinți vor determina, până la urmă, forma finală.

Stoller a împărtășit părerile altor autori, ca de exemplu Lerner (1980) și Torok (1970), că invidia de penis este doar un aspect al dezvoltării feminității, nu originea acesteia. Teoria psihanalitică feministă contem-

porană a subliniat implicațiile terapeutice negative legate de considerarea invidiei de penis ca fenomenul „de bază" (Freud 1937/1964), care sfidează o analiză și o înțelegere mai aprofundată. Unul dintre riscurile acestei perspective, a fenomenului „de bază", este că poate conduce la o încercare greșită, din partea terapeutului, de a ajuta pacientele să accepte o imagine care le prezintă ca fiind forme inferioare ale bărbaților. Frenkel (1996) a subliniat că pacientele nu consideră, în general, că organele lor genitale sau excitația genitală sunt inadecvate, în contrast cu gândirea lui Freud, iar clitorisul, departe de a fi privit ca un organ inferior, este un punct de inițiere a unei plăceri intense și uneori a orgasmului, încă de la vârsta de 4–6 ani. La acea vârstă fetele sunt conștiente și de prezența vaginului. Gândirea curentă, referitoare la constituirea sexuală, pune accentul pe influența culturii, relațiile de obiect și identificările cu părinții și mai puțin pe o legătură îngustă cu diferențele anatomice (Benjamin, 1990; Chodorow, 1996).

Dezvoltarea nu se oprește o dată cu rezolvarea complexului Oedip. Constelațiile apărărilor se schimbă cu fiecare fază succesivă — latența, adolescența, adultul tânăr, persoana vârstnică. De fapt, Vaillant (1976) a demonstrat existența unor schimbări succesive în timpul vieții adulte, de la apărări imature la apărări mai mature, ca de exemplu altruismul și sublimarea, sugerând că personalitatea este cu adevărat dinamică și maleabilă de-a lungul întregului ciclu al vieții.

2.4.1 Mahler

Încă din anii '70, a apărut în psihanaliză o teorie mai empiric orientată a dezvoltării. Studiile bazate pe observarea copiilor mici efectuate de Margaret Mahler și colegii săi (1975) au fost printre primele astfel de studii și sunt deseori considerate ca realizând o legătură între psihologia Eului și teoria relațiilor de obiect. Prin observarea perechilor normale și anormale mamă–copil, Mahler și grupul ei au fost capabili să identifice trei mari faze ale dezvoltării relațiilor de obiect.

În primele două luni de viață, apare o fază *autistă*, în care copilul pare absorbit de sine și preocupat cu supraviețuirea, mai mult decât cu relaționarea. Perioada dintre 2 și 6 luni, denumită de *simbioză*, începe cu răspunsul copilului sub formă de zâmbet și capacitatea vizuală de a urmări fața mamei. Deși copilul este conștient în mod vag de faptul că mama este un obiect separat, experiența primară a copilului legată de perechea mamă–copil este cea a unei unități duale, mai degrabă decât cea a două persoane separate.

Cea de-a treia fază, *separare-individuare*, este caracterizată prin patru subfaze. Între 6 și 10 luni, în prima subfază de *diferențiere*, copilul devine conștient că mama este o persoană separată. Realizarea acestui fapt poate

duce la nevoia copilului de obiect tranzițional (Winnicott, 1953/1971), cum ar fi o pătură sau ceva cu efect calmant, care să-l ajute să se împace cu faptul că mama nu este întotdeauna disponibilă. Următoarea subfază este cea *de practică*, care are loc între 10 și 16 luni. Datorită abilităților locomotorii nou dobândite la această vârstă, copiii adoră să exploreze ei înșiși lumea, deși se întorc frecvent către mama lor pentru a se „reîncărca". A treia subfază, *reapropierea*, este caracterizată printr-o conștientizare mai acută a separării de mamă și apare la vârsta cuprinsă între 16 și 24 de luni. Această conștientizare aduce cu ea un sentiment mai intens de vulnerabilitate față de separările de mamă.

A patra fază, finală, o subfază a celei de separare-individuare, este marcată de consolidarea individualității și de începuturile constanței obiectului. Realizarea acestei perioade, care corespunde, în mare, celui de-al treilea an de viață, constă în integrarea imaginilor separate, ale mamei, într-un obiect întreg și întregit. Obiectul poate fi internalizat ca o prezență care aduce alinare emoțională și care susține astfel copilul, atunci când mama este absentă. Această realizare corespunde cu poziția depresivă a lui Klein și creează premisele intrării copilului în faza oedipiană.

2.4.2 Stern și după Stern

Totuși, după cum am arătat mai înainte, perspectiva lui Kohut a constituit o provocare pentru accentul pus de Mahler pe separare-individuare, sugerând că este esențial, de-a lungul vieții, să existe o oarecare formă de răspuns de tip obiect al Sinelui din partea celorlalți din mediu. În plus, cercetările prin observarea copiilor efectuate de Daniel Stern (1985, 1989) au pus sub semnul întrebării faptul că nou-născutul iese din uter într-o stare de autism, absorbit de sine. Munca lui Stern a demonstrat că nou-născutul pare să fie conștient de existența mamei sau a celui care îl îngrijește din primele zile de viață. În concordanță cu ideile lui Kohut, Stern a observat că răspunsurile de aprobare și de validare din partea mamei sunt cruciale pentru dezvoltarea sentimentului Sinelui copilului. El a subliniat faptul că se dezvoltă în copil sentimentul de sine-cu-altul, drept răspuns la ajustarea celui care îl îngrijește, cu el. Stern are o concepție diferită de Klein, prin faptul că privește fantasma ca având o semnificație minoră. În schimb, el consideră copilul ca trăind primar realitatea. El a conchis că atunci când sunt foarte mici, copiii sunt buni în observarea realității și doar mai târziu, după ce merg, încep să folosească semnificativ fantasma și distorsiunea, într-un efort de a-și altera propriile percepții.

Stern a descris cinci sensuri sau sentimente ale Sinelui, diferite. În loc să le considere pe acestea ca faze care sunt înlocuite de perioade mai mature din punctul de vedere al dezvoltării, el le-a privit ca domenii

diferite de experienţe ale Sinelui (Sine înnăscut sau „corporal", Sine nuclear, Sine subiectiv, Sine verbal sau explicit şi Sine narativ), fiecare dintre ele persistând de-a lungul vieţii şi operând în concordanţă cu celelalte sentimente ale Sinelui. De la naştere la vârsta de 2 luni, apare un *Sine înnăscut*, care este un Sine predominant fiziologic, corporal. De la 2 la 6 luni, apare un sentiment *nuclear* al Sinelui, legat de o mai mare relaţionare interpersonală. Între 7 şi 9 luni apare un sentiment *subiectiv* al Sinelui şi acesta este un eveniment major, întrucât implică acordarea dintre stările intrapsihice ale copilului şi cele ale mamei. Între 15 şi 18 luni, care coincide cu abilitatea de a gândi simbolic şi de a comunica verbal, apare sentimentul *verbal* sau *explicit* al Sinelui. Sentimentul *narativ* al Sinelui apare între 3 şi 5 ani. Stern considera că această perspectivă istorică se regăseşte atunci când pacienţii îşi povestesc istoricul vieţii, în cadrul analitic.

În toată opera sa, Stern (2004) subliniază faptul că existenţa omenească este o existenţă fundamental socială. Luăm naştere dintr-o „matrice intersubiectivă", care este rezultatul unei ajustări afective din partea mamelor şi a celorlalţi care îi asigură îngrijirea. Modul în care Stern înţelege această interconectare este asemănător cu cel al lui Kohut, întrucât el consideră că răspunsurile celorlalţi faţă de noi sunt ca oxigenul din mediu. El o explică astfel: „Avem nevoie de ochii celorlalţi pentru a ne forma şi a ne menţine pe noi înşine" (Stern, 2004, p. 107). El crede cu tărie că dorinţa de relaţionare, într-o manieră intersubiectivă, este un sistem motivaţional la fel de puternic ca şi pulsiunile biologice.

Conceptul conform căruia dezvoltarea are loc într-un format Sine–celălalt a fost validat în mod extens, în cercetările ulterioare asupra dezvoltării (Beebe et al., 1997; Fogel, 1992). În acord cu orientările teoretice ale lui Kohut şi Winnicott, ceea ce ia naştere este perspectiva unor sisteme duale de comunicare între mamă şi copil, care rezultă în internalizarea unui Sine-în-relaţie-cu-obiectul. Cu alte cuvinte, aşa cum a arătat Fairbairn, pe parcursul dezvoltării nu este internalizat un obiect, ci o *relaţie* de obiect. Ceea ce este reprezentat de către copil este un proces interactiv, completat de o anumită secvenţă de mişcări, regulile care dictează aceste mişcări şi consecinţele de reglare a Sinelui (Beebe et al., 1997). În concordanţă cu orientările postmoderniste, cercetările asupra dezvoltării arată că toate interacţiunile faţă-către-faţă sunt construite împreună sau reglate bidirecţional (Fogel, 1992).

Posner şi Rothbart (2000) au studiat reglarea stării de excitaţie şi au constatat că interacţiunea timpurie părinte–copil este esenţială pentru reglarea tensiunii în copil. Meins et al. (2001) au examinat modul în care mamele le vorbesc copiilor lor de 6 luni. Ei au ajuns la concluzia că formarea Sinelui era facilitată dacă acestea făceau comentarii faţă de copil care să reflecte starea psihică a copilului şi dacă tratau copilul ca pe o persoană. Astfel, studiile respective confirmă importanţa empatiei parentale pentru dezvoltarea Sinelui copilului.

Cercetările care examinează substratul neuronal al empatiei subliniază rolul important în dezvoltarea copilului al acordării emoționale din partea unui părinte sau îngrijitor. Empatia presupune capacitatea de a include sentimentele altei persoane în propriul sistem nervos (Leslie et al., 2004). Neuronii implicați în procesul de oglindire, prima dată descoperiți la maimuțe, unde au fost identificați ca având proprietăți neobișnuite de descărcare atât în timpul executării acțiunilor, cât și al observării aceleiași acțiuni la ceilalți, ar putea juca un rol crucial. Acești neuroni din cortexul premotor răspund atunci când o primată observă anumite mișcări ale mâinii efectuate de o altă primată sau de un om sau când animalul efectuează aceleași mișcări. Cu alte cuvinte, ei codifică acțiunile orientate către obiect, indiferent dacă acestea sunt efectuate sau observate. Acest grup de neuroni din cortexul premotor ventral sunt activați în timpul observării unui agent care acționează cu un anume scop asupra obiectelor. Fogassi și Gallese (2002) au indicat că neuronii respectivi ar putea fi implicați în detectarea scopului și deci în înțelegerea a ceea ce se întâmplă în mintea altei persoane. Studiile de imagistică funcțională arată că sistemul de oglindire al emisferei drepte ar putea fi esențial pentru prelucrarea emoțiilor celorlalți (Leslie, 2004). Există un consens din ce în ce mai mare, în literatura referitoare la dezvoltare, cu privire la faptul că experiențele timpurii legate de răspunsurile din partea părinților sau îngrijitorilor reglează inițial afectele. Apoi, în cele din urmă, acestea duc la modele interne active sau reprezentări ale relației, care vor continua să aibă funcții de reglare internă (Hofer, 2004). Regiunea orbito-frontală dreaptă este considerată ca fiind esențială în dezvoltarea reprezentărilor internalizate ale relațiilor, care acționează, în final, ca regulatori biologici (Schore, 1997).

Așa cum am arătat în Capitolul 1, dezvoltarea este în general rezultatul combinării dintre predispoziția genetică și influențele mediului. Multe teorii psihanalitice referitoare la dezvoltare neglijează, în formularea lor, factorii genetici. O teorie contemporană ar trebui să suplimenteze argumentele pur psihanalitice cu date din cercetarea empirică asupra interacțiunii dintre gene și mediu. De exemplu, Reiss et al. (2000) au subliniat că particularitățile genetice ale copilului provoacă anumite răspunsuri în părinți, care pot la rândul lor să influențeze măsura în care anumite gene vor fi exprimate și altele reprimate.

2.5 Teoria atașamentului

Cea de a patra teorie majoră, relevantă pentru psihiatria dinamică, își are rădăcinile în cercetarea empirică — teoria atașamentului. Deși lucrările lui John Bowlby asupra acestui subiect (Bowlby, 1969, 1973, 1980) au fost

publicate mai demult, doar relativ recent această teorie a ataşamentului s-a bucurat de o largă audienţă în rândul psihanaliştilor. Ataşamentul este o legătură cu rădăcini biologice între copil şi cel care îl îngrijeşte, având drept rol asigurarea securităţii şi supravieţuirii copilului. În contrast cu teoria relaţiilor de obiect, teoria ataşamentului postulează că scopul copilului nu este căutarea unui obiect, ci mai degrabă a unei stări fizice obţinute prin proximitatea faţă de mamă/obiect (Fonagy, 2001). Pe măsură ce are loc dezvoltarea, scopul fizic este transformat într-unul mai psihologic, şi anume de a obţine un sentiment de apropiere de mamă sau îngrijitor. Un ataşament sigur influenţează puternic dezvoltarea modelelor interne active ale relaţiilor, care sunt depozitate ca scheme mintale şi duc la experienţe referitoare la aşteptările vizavi de comportamentul celorlalţi faţă de Sine.

Strategiile de ataşament, care sunt în mare parte independente de influenţa genetică, sunt adoptate în copilărie şi rămân relativ stabile. Ainsworth et al. (1978) au studiat aceste strategii într-un scenariu care avea loc în laborator, cunoscut sub numele de „Situaţia stranie". Această situaţie, care implică separarea unui copil de îngrijitorul său, are tendinţa de a provoca apariţia uneia dintre cele patru stratègii comportamentale. Copiii siguri caută pur şi simplu apropierea de îngrijitor atunci când acesta se întoarce, iar apoi se simt liniştiţi şi se întorc la joacă. Comportamentul *evitant* este observat la copiii care au părut mai puţin anxioşi în timpul separării şi au ripostat îngrijitorului când acesta a revenit. Aceşti copii nu au arătat o preferinţă pentru mamă sau îngrijitor versus un străin. În a treia categorie, denumită *anxios-ambivalentă* sau *de rezistenţă*, copiii au manifestat o mare suferinţă legată de separare, iar la întoarcerea îngrijitorului au avut un comportament care a exprimat furie, tensiune, având şi tendinţa de a se agăţa. Al patrulea grup, denumit *dezorganizat-dezorientat*, nu a avut nici o strategie coerentă pentru a face faţă experienţei legate de separare. Numeroase studii au demonstrat că statutul ataşamentului părinţilor va prezice nu doar dacă un copil va avea un ataşament sigur, ci chiar şi categoria exactă de ataşament în Situaţia stranie (Fonagy, 2001). Există anumite dovezi că aceste modele de ataşament au continuitate în viaţa adultă, iar aceste categorii de ataşament pot fi evaluate cu ajutorul unor interviuri sofisticate (George et al., 1996). Cele patru răspunsuri la Situaţia stranie corespund unor categorii adulte de ataşament, după cum urmează: 1) indivizi siguri/autonomi care valorizează relaţiile de ataşament; 2) indivizi nesiguri/evitanţi care neagă, denigrează, devalorizează sau idealizează ataşamentele trecute sau actuale; 3) indivizi preocupaţi care sunt derutaţi sau copleşiţi de relaţiile de ataşament trecute şi prezente; 4) indivizi nehotărâţi sau dezorganizaţi care deseori au fost neglijaţi sau au suferit o traumă.

Teoria ataşamentului a adus contribuţii semnificative la înţelegerea motivaţiilor fiinţei omeneşti. Sexualitatea, agresivitatea şi coeziunea

Sinelui sunt relevante pentru înțelegerea pacientului adult care vine pentru psihoterapie. Totuși Joseph Sandler (2003) recunoaște că încercarea de a găsi siguranță este, de asemenea, o motivație primară. El a ajuns la această concluzie parțial datorită contribuțiilor aduse de teoria atașamentului și cercetărilor referitoare la ea. Mai mult, în contrast cu accentul pus de Klein asupra fantasmelor intrapsihice, teoria atașamentului oferă un loc central neglijenței reale, abandonului și altor traume timpurii, precum și prelucrării psihice a acestor traume. Numeroase date sugerează că atașamentul dezorganizat este un factor de vulnerabilitate pentru apariția ulterioară a unor tulburări psihiatrice și că siguranța atașamentului poate servi ca factor de protecție împotriva psihopatologiei adultului (Fonagy și Target, 2003).

Capacitatea îngrijitorului de a observa intențiile copilului și lumea internă a acestuia pare să influențeze dezvoltarea unui atașament sigur în copil. Un concept-cheie în teoria atașamentului este *mentalizarea*, care se referă la capacitatea de a înțelege că gândirea proprie și a celorlalți este de natură reprezentativă și că propriul comportament, precum și al celorlalți, este motivat de stări interne, ca de exemplu gândurile și sentimentele (Fonagy, 1998). Părinții și îngrijitorii care au ei înșiși capacitatea de a mentaliza se vor conecta la starea psihică subiectivă a copilului, iar copilul se regăsește în mintea îngrijitorului și internalizează reprezentarea acestuia pentru a forma un Sine psihologic nuclear. În acest mod, atașamentul sigur al copilului față de îngrijitor generează capacitatea copilului de a mentaliza. Cu alte cuvinte, prin interacțiunea cu îngrijitorul său, copilul învață că cel mai bine poate fi înțeles comportamentul, pornind de la premisa că ideile și sentimentele determină acțiunile unei persoane.

Mentalizarea este deseori definită ca abilitatea unei persoane de a avea o „teorie a minții". O mare parte din interacțiunea clinică, în special psihoterapia, depinde de capacitatea terapeutului de a înțelege ce este în mintea celorlalți. Adevărata mentalizare devine posibilă între 4 și 6 ani, iar studii recente de neuroimagistică indică faptul că zonele: corticală prefrontală mediană, polii temporali, cerebelul și șanțul temporal postero-superior ar putea face parte din rețeaua responsabilă de mentalizare (Calarge et al., 2003; Frith și Frith, 2003; Sebanz și Frith, 2004).

2.6. Rolul teoriei în practica clinică

Confruntat cu o colecție uimitoare de teorii psihanalitice, practicianul poate recurge la negarea totală a valorii teoriei. Cine are nevoie de ea? De ce să nu înceapă *de novo* cu fiecare pacient și să rămână strict la

materialul clinic? Pentru a susține această abordare înseamnă să susții formarea unor noi teorii. Așa cum nota Kernberg (1987): „Toate observațiile asupra fenomenelor clinice depind de teorii, iar când credem că am uitat de teorie, înseamnă doar că avem o teorie de care nu suntem conștienți" (pp. 181–182).

O soluție mai rezonabilă este să te familiarizezi cu fenomenele descrise de principalele teorii și să te concentrezi pe o anumită perspectivă, adecvată din punct de vedere clinic, pentru un anume pacient. Psihanaliza și psihiatria psihodinamică sunt, în mod regretabil, hărțuite permanent de polarități inutile — este oare oedipian sau preoedipian, conflict sau deficit, teoria clasică sau psihologia Sinelui, reducerea tensiunii sau căutarea obiectului? Astfel de întrebări tind să fie puse în termeni de corect sau greșit. Dar oare nu este posibil ca toate modelele să fie valabile în anumite situații clinice? Nu este posibil ca atât oedipul, cât și preoedipul, conflictul și deficitul, să fie relevante în înțelegerea unui anume pacient? Bineînțeles că este posibil. Wallerstein (1983) a descris elocvent acest lucru, într-o critică a psihologiei Sinelui:

> Căci în curgerea și fluxul materialului clinic analitic suntem mereu în lumea lui „atât/cât și". Avem de-a face constant și pe rând atât cu oedipul, acolo unde există un Sine coerent, cât și cu preoedipul, acolo unde încă nu este; cu regresii defensive și cu opriri în dezvoltare; cu transferuri defensive și cu rezistențe defensive și cu recrearea unor stări traumatizante (p. 31).

Wallerstein ne reamintește de principiile psihanalitice fundamentale ale supradeterminării și ale funcției multiple.

Unele aspecte ale celor patru orientări teoretice examinate în acest capitol vor fi foarte probabil utile în tratamentul majorității pacienților. Din perspectiva dezvoltării, anumite aspecte ale experiențelor timpurii din copilărie sunt mai bine explicate de o teorie decât de alta, iar cu anumiți pacienți accentul se va pune mai mult pe o anumită direcție decât pe alta, în funcție de datele clinice (Pine, 1988). La majoritatea pacienților însă, vom găsi atât deficit, cât și conflict. Așa cum nota Eagle (1984) în evaluarea rolului teoriei în psihanaliză: „Suntem mai plini de conflicte în ariile în care există o deprivare... Exact persoana lipsită de dragoste va avea cele mai multe conflicte legate de dăruirea și primirea afecțiunii" (p. 130). În practică, clinicienii constată că servesc atât ca obiecte ale Sinelui, cât și ca obiecte reale, separate de pacienți.

Totuși, pentru anumiți clinicieni, trecerea de la o perspectivă teoretică la alta, în funcție de nevoile pacienților, este prea obositoare și greu de stăpânit. Wallerstein (1988) a arătat că este posibil pentru clinicieni să fie atenți la *fenomenele clinice* descrise de fiecare orientare teoretică, fără să îmbrățișeze întregul model metapsihologic. De exemplu, clinicianul se poate adresa reprezentărilor de Sine și de obiect, transferului în

oglindă și celui idealizant și configurațiilor de impulsuri-apărări așa cum apar în cadrul clinic, fără să trebuiască să recurgă la invocarea întregului edificiu teoretic, pe care se bazează astfel de observații. Alți autori sunt susținătorii unei mai mari flexibilități teoretice (Gabbard, 1996; Pine, 1990; Pulver, 1992), arătând că diferiți pacienți și diferite tipuri de psihopatologie necesită abordări teoretice diferite.

Fiecare dintre aceste abordări ale pluralismului teoretic din psihiatria dinamică modernă este posibilă pentru unii clinicieni. Indiferent care este abordarea considerată a fi cea mai potrivită, toți clinicienii ar trebui să evite impunerea, în mod rigid, a teoriei în fața materialului clinic. Pacientului trebuie să i se permită să-l conducă pe clinician către oricare sferă a teoriei, care pare a fi cea mai potrivită materialului clinic. Deși familiarizarea cu toate cele patru modele teoretice ale psihiatriei dinamice necesită o lărgire considerabilă a cunoștințelor, ea permite o înțelegere mai profundă a pacienților și a psihopatologiei lor. Identificarea celui mai adecvat cadru teoretic pentru un anume pacient presupune multă tentativă de explorare și posibilitatea de a greși, dar pe măsură ce ne împiedicăm de-a lungul peșterii, putem să găsim în cele din urmă calea și, astfel, să nimerim mai bine decât alți călători, care au harta unei peșteri diferite.

3. Evaluarea psihodinamică a pacientului

De câte ori se întâlnesc doi oameni, sunt prezenți, de fapt, șase oameni. Este vorba de fiecare om așa cum se vede el însuși, fiecare om așa cum îl vede cealaltă persoană și fiecare om așa cum este el cu adevărat.

William James

Evaluarea psihodinamică a pacientului nu este diferită de evaluarea completă a istoricului, semnelor și simptomelor, rezultată din tradiția psihiatrică medicală. Psihiatrii de orientare dinamică prețuiesc astfel de informații, pe care le consideră componente esențiale ale evaluării diagnostice. Totuși modul în care ei adună informații diferă de abordarea pur descriptivă pentru obținerea diagnosticului. Mai mult, pentru psihiatrul de orientare dinamică sunt importante alte informații, astfel încât evaluarea psihodinamică poate fi privită ca o extensie semnificativă a evaluării descriptive medical-psihiatrice.

3.1 Interviul clinic

Orice descriere a abordării psihodinamice a interviului clinic trebuie să înceapă cu importanța fundamentală a relației doctor–pacient. Atunci când psihiatrul și pacientul se întâlnesc pentru prima dată, doi străini vin în contact, fiecare cu diferite expectații referitor la celălalt. Pe primul loc, în cadrul unui interviu psihodinamic, trebuie să stea stabilirea unui raport și o înțelegere reciprocă (MacKinnon și Michels, 1971; Menninger, 1962; Thomă și Kächele, 1987). Prima sarcină a celui care conduce interviul este să transmită faptul că pacientul este acceptat, valorizat și validat ca persoană unică, având probleme unice.

Clinicienii care încearcă să se cufunde, în mod empatic, în trăirile pacienților lor vor crea o legătură cu aceștia, bazată pe încercarea evidentă a practicianului de a înțelege punctul de vedere al pacientului. O astfel de abordare nu necesită comentarii liniștitoare ca „nu te teme, totul va fi în regulă". În loc să reducă anxietatea pacientului, aceste asigurări goale sunt de obicei sortite eșecului, întrucât sunt asemenea comentariilor anterioare făcute de prieteni sau membri ai familiei. Ele doar îl vor face pe pacient să creadă că interlocutorul nu înțelege suferința adevărată. Cel care face interviul poate în schimb să construiască o relație mai bună cu un altfel de comentarii, cum ar fi „înțeleg cum te simți, având în vedere prin ce ai trecut". Provocând declarațiile pacienților la începutul interviului va confirma pur și simplu temerile preexistente că psihiatrii sunt figuri parentale moralizatoare.

3.1.1 Diferențe între interviul psihodinamic și cel medical

În anamneza medicală, doctorii urmează o direcție clară de la suferința principală la etiologia și patogenia acesteia. Pacienții sunt în general cooperanți în timpul acestui proces, întrucât sunt nerăbdători să scape de durere sau de simptomele asociate cu boala lor. Psihiatrii care încearcă să păstreze un astfel de curs linear se vor întâlni cu gropi și ocolișuri la fiecare pas. Mai mult, psihiatrii constată frecvent că pacienții sunt rareori capabili să ajungă la subiect, din pricina incapacității lor de a identifica ceea ce îi supără cu adevărat (Menninger et al., 1962). Ei pot, de asemenea, să fie extrem de ambivalenți în legătură cu descrierea simptomelor lor, întrucât în boala psihică este aproape întotdeauna posibil să apară un grad de adaptare. În sfârșit, pacienții psihiatrici sunt deseori jenați de simptomele pe care le prezintă și pot ascunde informații, pentru a face o impresie bună (MacKinnon și Michels, 1971).

O altă diferență majoră dintre anamneza medicală și interviul psihodinamic este relația dintre diagnostic și tratament. Un doctor care examinează un pacient bănuit de apendicită abordează interviul având niște idei clare — diagnosticul precedă tratamentul. În schimb, în interviul psihodinamic, orice distincție dintre diagnostic și tratament ar fi artificială (MacKinnon și Michels, 1971). Psihiatrul de orientare dinamică abordează interviul cu înțelegerea că modul în care se face anamneza poate fi el însuși terapeutic. Abordarea dinamică, ce leagă strâns diagnosticul de tratament, este empatică, întrucât ia în considerare și perspectiva din care vede pacientul. Așa cum notau Menninger et al. (1962): „Pacientul vine pentru a fi tratat și tot ceea ce se face pentru el, din punctul lui de vedere, este tratament, oricum i-ar spune doctorul. Deci, într-un anume sens, tratamentul precedă întotdeauna diagnosti-

cul" (p. 3). Într-adevăr, există fără îndoială o valență terapeutică în ascultarea și acceptarea istoricului vieții pacientului și în confirmarea faptului că viața acestuia are sens și valoare (Gabbard, 2004). Un clinician care evaluează un pacient servește de asemenea ca martor care recunoaște și înțelege impactul emoțional al evenimentelor trăite de pacient (Poland, 2000).

O a treia diferență dintre interviul medical și cel psihiatric constă în rolul pe care îl au activitatea și pasivitatea. Într-o mare măsură, pacienții sunt participanți activi în demersul diagnostic medical. Pacientul este compliant cu evaluarea medicului și răspunde, în mod cooperant, la întrebări. Cu toate acestea, doctorul trebuie să pună laolaltă piesele acestui puzzle, pentru a ajunge la un diagnostic precis. Psihiatrul de orientare dinamică încearcă să evite această împărțire a rolurilor. Astfel, abordarea dinamică recurge la implicarea activă a pacientului, ca un colaborator în procesul de explorare (Shervin și Shectman, 1973). Se consideră că pacientul are o contribuție importantă la înțelegerea diagnosticului final. Dacă un pacient începe interviul cu anxietate, psihiatrul nu încearcă s-o elimine, pentru a ușura interviul. Din contră, psihiatrul poate încerca să-l antreneze pe pacient să caute împreună cu el originea anxietății, cu întrebări de genul: „Ce preocupări legate de acest interviu ar putea să vă facă să fiți anxios în momentul de față?"; „Această situație vă amintește cumva de o situație similară, provocatoare de anxietate, din trecut?" sau „Ați auzit ceva despre mine sau despre psihiatri în general care ar putea contribui la anxietatea dumneavoastră?".

Într-un interviu dinamic eficient, psihiatrul va obține informații privitoare la istoric și simptome care să permită un diagnostic descriptiv. Totuși, pentru a încuraja o mai mare deschidere din partea pacientului, psihiatrul trebuie să se ferească să pună prea mult accent pe o etichetă diagnostică, întrucât ar împiedica defășurarea relației complexe dintre doctor și pacient. MacKinnon și Michels (1971) au atras atenția că „interviul orientat doar către stabilirea diagnosticului îi dă pacientului sentimentul că este examinat ca un specimen de patologie și asta efectiv îl inhibă și-l împiedică să-și dezvăluie problemele" (pp. 6–7).

A patra diferență dintre interviul clinic medical și cel de orientare dinamică se referă la selecția datelor relevante. Reiser (1988) și-a exprimat îngrijorarea față de tendința anumitor rezidenți de psihiatrie de a opri culegerea informațiilor după obținerea unui inventar de simptome care este suficient pentru un diagnostic descriptiv și permite o prescriere farmacoterapeutică. El atrage atenția asupra faptului că diagnosticul DSM este doar un aspect al procesului diagnostic și că lipsa de interes a rezidenților pentru a înțelege pacientul ca persoană duce la apariția unui obstacol în stabilirea relației terapeutice. Pentru psihiatrul de orientare dinamică, viața intrapsihică a pacientului reprezintă o parte esențială din totalul datelor.

Un alt aspect unic al interviului psihodinamic este accentul pus pe ceea ce simte doctorul în timpul acestui demers. Chirurgul sau internistul care sesizează sentimente de furie, invidie, dorință, tristețe, ură sau admirație le consideră ca fiind neplăceri, care interferează cu evaluarea bolii. Doctorul obișnuit suprimă aceste sentimente, pentru a menține obiectivitatea și a continua examinarea. Pentru psihiatrul de orientare dinamică, astfel de sentimente constituie informații cruciale pentru diagnostic. Ele îi spun clinicianului câte ceva despre reacțiile pe care pacientul le trezește în ceilalți. Aceste considerații ne conduc la două dintre cele mai importante aspecte ale evaluării psihodinamice — transferul și contratransferul.

3.1.2 Transfer și contratransfer

Având în vedere că transferul este activ în oricare relație semnificativă, putem fi siguri că elemente de transfer apar de la prima întâlnire dintre doctor și pacient. Într-adevăr, transferul se poate dezvolta chiar înainte de contactul inițial (Thomä și Kächele, 1987). După fixarea primei întâlniri, viitorul pacient poate să îi atribuie anumite calități psihiatrului, bazându-se pe frânturi de informații, experiențe anterioare cu psihiatri, imaginea psihiatrilor din mass-media, experiențe pozitive sau negative din trecut cu alți doctori sau atitudini generale în fața unor reprezentanți ai autorității. Un tânăr care și-a întâlnit pentru prima dată psihiatrul în anticameră a exclamat: „Nu sunteți deloc așa cum mă așteptam!". Când psihiatrul i-a cerut pacientului să elaboreze, tânărul a explicat că ideea de psihiatru îi evoca imaginea unui bărbat în vârstă, distins, fiind astfel mirat de faptul că psihiatrul era, în realitate, tânăr.

Transferul este o dimensiune importantă a evaluării, întrucât afectează profund modul în care pacientul va coopera cu medicul. De exemplu, pacienții care îi văd pe doctori ca pe niște părinți severi, dezaprobatori vor fi mult mai puțin dispuși să dezvăluie aspecte jenante ale istoricului lor. În mod similar, pacienții care privesc medicul psihiatru ca pe o persoană intruzivă pot să ascundă cu obstinație informații și să refuze să coopereze în timpul interviului. Psihiatrii care abordează distorsiunile legate de transfer încă de la începutul interviului pot înlătura obstacolele și realiza o anamneză eficientă.

În primele câteva minute ale unei consultații psihiatrice, un pacient se străduia să-și depășească inhibiția de a vorbi. Psihiatrul l-a întrebat dacă una dintre acțiunile sale sau unul dintre gesturile sale îl pune în dificultate. Pacientul a recunoscut că nutrea ideea că psihiatrii citesc gândurile oamenilor și că trebuie să aibă grijă ce face sau ce spune în prezența lor. Psihiatrul i-a răspuns cu umor: „Mi-e teamă că nu suntem

atât de buni". Amândoi au râs, iar pacientului i-a fost mult mai ușor să fie deschis în timpul interviului.

Prin definiție, transferul este o repetiție. Sentimentele asociate cu o figură din trecut sunt repetate, cu psihiatrul, în situația prezentă. Această premisă implică faptul că modelele de transfer apărute în interviul clinic oferă informații despre relațiile semnificative din trecutul pacientului. Imaginea pacientului despre examinator și sentimentele pacientului față de examinator sunt, într-o oarecare măsură, repetiții. Mai mult decât atât, aceste repetiții dezvăluie multe informații despre relațiile semnificative din prezent ale pacientului. Întrucât transferul este ubicuitar, aceleași modele din trecut vor fi repetate tot mereu, în toate relațiile pacienților. De exemplu, o pacientă a venit la psihiatru și se plânge de faptul că bărbații par să nu fie interesați de ea. Răspunzând întrebărilor psihiatrului, ea a putut să facă legătura între sentimentul că este neglijată și percepția ei, din copilărie, că tatăl său o ignora. Când psihiatrul s-a uitat la ceas, către sfârșitul interviului, ea l-a acuzat că nu îi dă atenție — la fel ca toți ceilalți bărbați.

Pentru a nu eticheta toate reacțiile pacienților față de doctor drept transfer, psihiatrii trebuie să țină minte că relația pacient–doctor este întotdeauna un amalgam de transfer și relație reală. Psihiatrul care s-a uitat la ceas a oferit un sâmbure de realitate la teama pacientei, în transfer, că încă un bărbat și-a pierdut interesul față de ea. Evaluarea psihodinamică impune o permanentă automonitorizare de-a lungul demersului diagnostic. Psihiatrul acuzat de neatenție trebuie să se întrebe dacă se simte într-adevăr plictisit (și să recunoască față de pacient) sau dacă pacientul deformează situația. Dacă plictiseala este problema, atunci psihiatrul trebuie să determine dacă interesul său se diminuează din cauza interferențelor propriilor lui probleme ori din cauză că pacientul face ceva care duce la neatenție, ori din ambele.

Aceste considerații sunt, evident, probleme contratransferențiale. Cadrul conceptual al interviului dinamic consideră că întotdeauna sunt implicate două persoane (îndrăznesc să spun doi pacienți?). Fiecare aduce propriul trecut în prezent și proiectează asupra celuilalt aspecte ale reprezentărilor interne de Sine și de obiect (Langs, 1976). Psihiatrului de orientare dinamică i se întâmplă frecvent să aibă senzația că se relaționează cu un pacient, ca și când pacientul ar fi altcineva. Psihiatrul ar putea remarca o asemănare fizică izbitoare dintre un pacient și cineva din trecut. Ca rezultat, psihiatrul îi va atribui pacientului calitățile persoanei din trecut.

O sarcină permanentă a psihiatrului de orientare dinamică este aceea de a monitoriza propriile treceri la act și sentimente legate de contratransfer, pe măsură ce acestea apar în timpul interviului cu pacientul. Cât de mult din contratransfer este propria contribuție a clinicianului? Cât de mult este indus de comportamentul pacientului față de clinician?

Așa cum am arătat în Capitolul 2, contratransferul este, de obicei, o creație comună care necesită contribuții din partea ambilor membri ai perechii. Diferențierea dintre contratransferul indus și cel adus în situație de către propriile conflicte inconștiente ale clinicianului este deseori o sarcină dificilă. Capacitatea de a face această distincție depinde în mare măsură de cât este de familiarizat clinicianul cu propria sa lume internă. Astfel, majoritatea psihiatrilor de orientare dinamică sunt de părere că experiența unei terapii personale (fie psihanaliză, fie psihoterapie) are o valoare enormă în monitorizarea și înțelegerea contratransferului.

Familiarizarea cu propriile tipuri de răspuns este utilă pentru a decide care este contribuția fiecăruia. De exemplu, o psihiatră de copii a observat că își putea da seama când avea de-a face cu un copil abuzat, întrucât resimțea un sentiment irațional de furie, acompaniat de un impuls de-a abuza copilul. Cu alte cuvinte, un obiect intern abuziv din copil era proiectat în psihiatră, care la rândul ei era provocată de comportamentul enervant și supărător al copilului, până la punctul în care să se identifice cu ceea ce se proiectase în ea. Faptul că era conștientă de aceste sentimente a ajutat-o să înțeleagă natura obiectului intern al pacientului și problemele tipice legate de relațiile interpersonale ale pacientului.

O formă comună de contratransfer, care poate trece neidentificată, este cea legată de atitudinile conștiente sau inconștiente față de rasa sau etnia pacientului. Toți clinicienii, indiferent cât sunt de dedicați și motivați să practice într-o atmosferă lipsită de interferențe, trăiesc și lucrează în societăți în care există, din abundență, stereotipuri rasiale și etnice. Aceste stereotipuri se pot strecura în demersul diagnostic efectuat de clinician și se pot manifesta în modalități subtile de trecere la act cu pacienții (Leary, 2000). De exemplu, o rezidentă în psihiatrie a constatat că vorbea mai rar și utiliza un limbaj mai simplu cu un pacient asiatico-american, până când pacientul a întrerupt-o și i-a spus politicos: „Nu trebuie să vorbiți atât de rar. M-am născut aici". Clinicienii caucazieni nu reușesc să aprecieze, uneori, impactul asupra identității și stimei de sine pe care o lungă serie de experiențe discriminatorii îl poate avea asupra membrului unui grup etnic minoritar. Unele traume induse social pot fi înțelese greșit drept probleme de natură pur intrapsihică.

3.1.3 Abordarea istoricului pacientului

Partea de istoric din cadrul interviului ar trebui să includă două scopuri simultane: un diagnostic descriptiv și un diagnostic dinamic. Pentru a îndeplini aceste scopuri, psihiatrul trebuie să aibă un stil flexibil, care să treacă de la urmărirea structurată a datelor specifice (de

ex., simptome, istoric familial, factori stresanți, durata bolii) la o atitudine nestructurată de ascultare a fluxului pe care-l reprezintă procesele de gândire ale pacientului. De-a lungul celor două părți, structurată și nestructurată, ale procesului de culegere a datelor, examinatorul face o evaluare de finețe a interacțiunii pacient–doctor. Kernberg (1984) a descris o formă de interviu dinamic — interviul structural — drept o mișcare sistematică de la un inventar al simptomelor la o concentrare activă asupra operațiilor de apărare, în relația acum-și-aici cu examinatorul.

Inițial, examinatorul trebuie doar să creeze o atmosferă în care pacientul să se simtă liber să vorbească. Rezidenții de psihiatrie începători greșesc frecvent printr-o interogare agresivă a pacienților, pentru a afla doar istoricul și simptomele. O altă greșeală comună constă în abordarea unei atitudini pseudoanalitice de abstinență, practic de tăcere și pasivitate. Rezidenții, care pot fi persoane calde și plăcute, devin dintr-o dată rigizi, extrem de formali și reci atunci când efectuează un interviu al pacientului. Examinatorul va obține mult mai mult dacă devine un participant activ în relație — încercând să înțeleagă punctul de vedere al pacientului, cu empatie și căldură.

Psihiatrul poate învăța multe dacă îi permite pacientului să se îndepărteze pentru un timp de subiect. Comentariile inițiale trebuie făcute în așa fel încât să faciliteze această vorbire liberă (de ex., „Spuneți-mi mai multe", „Vă rog, continuați", „Înțeleg că vă simțiți în acest fel" sau „Trebuie să fi fost greu"). Specificitatea materialului obținut prin acest tip de asociere liberă este evidențiată de dovezi aduse de cercetarea neuroimagistică. Andreasen et al. (1995) au folosit tomografia cu emisie de pozitroni pentru a studia diferența dintre memoria episodică direcționată, atunci când cineva evocă experiențe trecute, și memoria episodică aleatorie, care implică o reflectare necenzurată la experiențe, asemănătoare asocierii libere. Autorii au găsit diferențe semnificative între cele două tipuri de memorie și au remarcat că activitatea mintală liberă asociată cu memoria episodică aleatorie determină o activare marcată în cortexul asociativ și reflectă atât rememorarea activă legată de experiențele anterioare, cât și planificarea acțiunilor viitoare. Astfel, realizarea unei alternanțe în timpul interviului, între a permite o asociație întâmplătoare și a orienta discuția spre anumite subiecte, poate provoca diferite tipuri de activitate mintală și diferite tipuri de informație utilă pentru clinician.

Pe lângă obținerea unor date esențiale din istoricul pacientului, precum și date referitoare la starea lui psihică, cel care realizează interviul are posibilitatea de a identifica modele de asociere, care pot dezvălui semnificative conexiuni inconștiente. Ordinea în care sunt povestite evenimentele, amintirile, preocupările și alte probleme psihologice este rareori întâmplătoare. Matematicienii știu de mult timp

că este imposibil, pentru orice persoană, să genereze secvențe lungi de numere întâmplătoare. Într-un timp scurt, numerele se vor grupa în modele care au o anumită semnificație. Psihicul preferă ordinea în locul haosului. Așa se întâmplă și cu ceea ce verbalizează pacientul. Deutsch și Murphy (1955) și-au bazat interviul — cunoscut ca „anamneză asociativă" — pe acest principiu:

> Metoda [...] constă nu doar în înregistrarea a ceea ce spune pacientul, ci și în modul în care acesta oferă informația. Este important nu doar faptul că pacientul relatează ceea ce îl supără, ci și în care fază a interviului și în ce ordine apar ideile, acuzele și amintirile referitoare la tulburările somatice și emoționale. (p. 9)

Deși pacienții pot fi la nivel conștient uimiți de simptomele lor, ordinea asociațiilor poate oferi indicii asupra conexiunilor inconștiente. De exemplu, un bărbat de 31 de ani, care s-a prezentat însoțit de părinți pentru o evaluare psihiatrică, s-a întâlnit dimineața cu un medic psihiatru, în timp ce părinții săi se întâlneau, separat, cu un asistent social, într-o altă clădire. Tânărul a început prin a povesti că nu a fost capabil să-și păstreze un serviciu. El a devenit dintr-o dată extrem de anxios, nefiind sigur unde erau părinții săi. Psihiatrul i-a explicat pacientului că aceștia erau cu asistentul social, în clădirea alăturată. Pacientul l-a întrebat pe psihiatru dacă poate folosi telefonul său pentru a-i contacta pe părinți. Psihiatrul a observat, în tăcere, faptul că anxietatea pacientului, referitoare la locul în care se aflau părinții săi, a apărut imediat după ce acesta i-a povestit despre incapacitatea de a păstra un serviciu. El l-a întrebat pe pacient dacă exista o legătură între cele două probleme. După ce a reflectat, pacientul a recunoscut că atunci când se afla departe de părinții săi, la serviciu, îi era teamă că acestora li se putea întâmpla ceva rău. Acest schimb de replici a condus la o discuție productivă legată de îngrijorarea pacientului, care considera că a crește și a deveni independent ar putea fi distructiv pentru părinții săi.

Datorită rolului central jucat de teoria dezvoltării în psihiatria dinamică, o istorie a dezvoltării trebuie să facă parte dintr-o evaluare dinamică completă. A fost pacientul rezultatul unei sarcini nedorite? S-a născut cumva pacientul după moartea unui frate mai mare? A parcurs pacientul etapele de dezvoltare, cum ar fi vorbitul, ridicatul în șezut și umblatul, la vârstele corespunzătoare? Au existat separări traumatizante sau pierderi în timpul anilor în care s-a format? Obținerea unor astfel de informații prețioase necesită, deseori, realizarea unor interviuri cu părinții și alți membri ai familiei — fie de către psihiatru, fie de către un asistent social asociat cu psihiatrul. În mod evident, pacienții nu-și vor putea aminti anumite evenimente semnificative din copilărie și vor deforma altele.

În ciuda memoriei imperfecte legate de evenimentele din trecut, pacienții trebuie totuși antrenați în trecerea în revistă a dezvoltării din timpul copilăriei și adolescenței. Un principiu fundamental al interviului dinamic este că trecutul se repetă în prezent. Pentru a-l înscrie pe pacient ca un colaborator în procesul diagnostic, clinicianul trebuie să trezească interesul pacientului față de legăturile dintre evenimente din trecut și sentimente din prezent. O varietate de întrebări deschise ajută la stabilirea unei colaborări: „Anxietatea pe care o trăiți astăzi vă reamintește de sentimente pe care le-ați avut la un moment dat în trecut?" „Au existat evenimente în copilărie care să fi contribuit la sentimentul dumneavoastră, ca adult, că nu se poate avea încredere în femei?" „Problemele dumneavoastră conjugale prezente au asemănări cu probleme pe care le-ați avut în alte relații din trecut?". Pe măsură ce pacientul începe să colaboreze în vederea căutării unor legături dintre trecut și prezent, examinatorul trebuie să noteze evenimente și perioade speciale, din trecut, care par importante pentru pacient. În mod similar, omisiuni evidente legate de istoria dezvoltării sunt de asemenea de notat. De exemplu, pacientul se concentrează cumva exclusiv asupra unui părinte, considerat drept cauza tuturor problemelor prezente, și omite orice referință legată de celălalt părinte? Care este apartenența culturală și religioasă a pacientului? Cum influențează acești factori relațiile familiale și acceptarea problemelor emoționale?

După câteva minute de întrebări deschise, care au menirea de a facilita o relatare liberă a bolii prezente, precum și a problemelor familiale și de dezvoltare, psihiatrul poate umple golurile prin întrebări mai specifice și mai directe. Acestea pot fi adaptate unui diagnostic descriptiv (de ex., simptome specifice necesare pentru diagnosticul DSM-IV-TR [American Psychiatric Association, 2000], informații legate de durata bolii, excluderea altori boli) sau pot fi direcționate către un diagnostic dinamic mai complet (de ex., traumatisme specifice dezvoltării, modalități de relaționare sau fantasme recurente și reverii). Pe măsură ce pacientul umple golurile, psihiatrul de orientare dinamică poate începe să formuleze ipoteze, care să lege relațiile din trecutul pacientului cu relațiile prezente și cu paradigme transferențiale care sunt pe cale să apară (Menninger, 1958). Cu alte cuvinte, în ce mod creează repetarea modelelor de relaționare din trecut probleme în prezent?

Axa IV din DSM-IV-TR impune luarea în considerare a factorilor stresanți, în evaluarea diagnostică a pacientului. Evenimentele care precipită un episod al bolii sunt de o importanță vitală atât pentru diagnosticul descriptiv, cât și pentru cel dinamic. Totuși grija acordată realizării istoricului este esențială atunci când se evaluează Axa IV, întrucât pacienții pot deforma amintirea lor legată de momentul apariției unui factor stresant, încercând să explice retrospectiv boala sau

problemele lor ca fiind atribuite în mod direct unui eveniment exterior (Andrews și Tennant, 1978). De asemenea, psihiatrul de orientare dinamică trebuie să fie întotdeauna atent la semnificațiile idiosincratice atribuite de către pacienți evenimentelor stresante. Un eveniment stresant aparent minor poate avea o semnificație extraordinară pentru un anume pacient, determinând un impact major asupra capacității de funcționare a pacientului.

Pacienții pot totuși oferi informații importante din punct de vedere dinamic, referitoare la modul în care ei percep conexiunile dintre evenimente și simptome. Din nou însă, examinatorul trebuie să ia în considerare felul în care problemele din trecut sunt evocate de către evenimentele stresante din prezent. O directoare a dezvoltat o anxietate marcată după ce a fost promovată. Ea a identificat promovarea drept factor stresant, dar nu a putut determina de ce aceasta i-a provocat anxietate, întrucât își dorise noua poziție timp de câțiva ani. În timpul interviului, pacienta a făcut referiri frecvente la sora ei mai tânără, care era divorțată și își creștea cei doi copii, având un serviciu banal. Explorarea mai aprofundată a rivalității importante dintre cele două surori, care a existat de-a lungul copilăriei, a arătat că anxietatea pacientei era legată de sentimente de vinovăție. Ea era convinsă că propria ei promovare era distructivă pentru sora ei. Aceste sentimente erau în concordanță cu dorința ei din copilărie de a triumfa în fața surorii ei și de a fi singurul copil în ochii părinților lor.

Holmes și Rahe (1967) au dezvoltat o scală care ierarhizează severitatea stresului în anumite situații care pot fi întâlnite în viață. Deși astfel de scale pot ajuta la obținerea unui consens în privința estimării efectelor consecutive anumitor evenimente de viață, psihiatrul de orientare dinamică trebuie să abordeze fiecare pacient ca pe un individ unic și să nu presupună *a priori* că un anumit eveniment de viață are o singură semnificație specifică. De exemplu, un tânăr a reacționat față de moartea tatălui său cu un sentiment de eliberare, simțindu-se în sfârșit liber să-și urmeze cariera, fără să fie mereu criticat. Astfel, evenimentul stresant a avut ca rezultat ameliorarea performanței școlare și o creștere globală a funcționării.

În plus, examinatorul trebuie să ia în considerare că anumiți factori stresanți pot opera la un nivel inconștient, împiedicând pacientul să identifice orice eveniment precipitant, atunci când este rugat s-o facă. Unul dintre rolurile interviului poate fi acela de a lucra împreună pentru a determina dacă anumiți factori stresanți au fost trecuți cu vederea. Reacțiile legate de aniversări, de exemplu, sunt factori stresanți comuni, pe care pacientul poate să-i neglijeze. O pacientă cu depresie cronică a dezvoltat acut idei de suicid la comemorarea sinuciderii fratelui său. În alt caz, un medic cu o căsătorie fericită a început să considere că are probleme maritale aparent fără motiv, drept care a cerut

sfatul unui coleg psihiatru. În timpul convorbirii lor telefonice, medicul a realizat brusc faptul că a sunat în ziua când se împlineau zece ani de la divorțul său de soția anterioară. Acest insight i-a indicat că furia prezentă, reflectată asupra soției actuale, era parțial legată de relația furtunoasă cu prima soție.

3.1.4 Examinarea stării psihice

Asemeni psihiatrului descriptiv, psihiatrul de orientare dinamică este interesat de datele referitoare la starea psihică, însă abordează informația oarecum diferit. În primul rând, în măsura în care este rezonabil și posibil, el preferă să insereze întrebările despre starea psihică, firesc, în cadrul interviului, în loc să le adauge la sfârșit într-o listă de întrebări formale (MacKinnon și Michels, 1971). Deși anumite întrebări specifice referitoare la starea psihică trebuie, în mod evident, adăugate interviului, dacă ele nu apar pe parcursul acestuia, este preferabil să se minimizeze examinarea formală a stării psihice. Când aceste întrebări sunt înglobate în interviu, pacientul privește distorsiunile de percepție, gândire și afect ca făcând parte dintr-un context semnificativ. Mai mult, în determinarea conexiunilor dintre astfel de distorsiuni și boală, pacientul devine mai implicat, fiind mai degrabă un colaborator decât un interlocutor pasiv, care răspunde la întrebări.

Orientarea și percepția

Orientarea pacientului în timp, în spațiu și la persoană este deseori evidentă, pe parcursul realizării istoricului. A pune întrebări specifice referitoare la orientarea unei persoane care este, evident, bine orientată, este posibil să perturbe relația doctor–pacient. Vigilența crescută este, de asemenea, o stare care se va revela de la sine, fără să fie necesare întrebări directe. Tulburări semnificative ale percepției, ca halucinațiile auditive sau vizuale, vor fi deseori evidente de la începutul interviului, când pacientul este întrebat de ce s-a apelat la un tratament psihiatric. Totuși psihiatrul de orientare dinamică dorește mai multe informații, în afară de prezența sau absența halucinațiilor. Dacă un pacient aude voci, psihiatrul dorește să știe ce spun vocile, în ce situații apar, cu ce voci seamănă și ce înseamnă aceste voci pentru pacient. Un pacient cu schizofrenie paranoidă îl auzea întotdeauna pe tatăl său spunându-i că nu va reuși niciodată nimic. Halucinațiile lui se corelau cu experiențele din copilărie, când nu izbutea niciodată să facă suficient pentru a-l mulțumi pe tatăl său.

Gândirea

Prezența unei tulburări formale de gândire va fi de obicei evidentă din acea parte a interviului referitoare la istoric. După cum s-a amintit anterior, chiar asociațiile care sunt mai slab legate sunt conectate idiosincratic în mintea pacientului. Sarcina examinatorului constă în înțelegerea naturii acestor conexiuni. Ideile delirante pot fi, de asemenea, mai ușor obținute prin întrebări deschise, referitoare la istoricul pacientului, decât prin întrebări referitoare la „credințe false". Prezența sau absența ideilor delirante este doar o parte a evaluării psihodinamice; semnificația și funcția lor sunt la fel de relevante. Ideile delirante de grandoare ale pacientului paranoid pot avea rolul de a compensa sentimentele devastatoare de autostimă scăzută.

Întrucât tulburările de gândire afectează limbajul și comunicarea, psihiatrul trebuie, de asemenea, să fie atent la actele ratate, la scăpări, care sunt indicii legate de activitatea inconștientului. O femeie gravidă al cărei obstetrician a trimis-o la un consult psihiatric era reticentă față de acest demers și la un moment dat a exclamat: „Nu vreau să fiu un părinte psihiatric... adică pacient psihiatric!". Psihiatrul care a examinat-o a tras concluzia, în urma acestui act ratat, că pacienta era foarte ambivalentă în legătură cu a deveni mamă.

Modul în care un pacient răspunde la întrebări poate oferi multe indicii referitoare la tipul de caracter inconștient. Pacientul obsesiv-compulsiv poate răspunde la întrebări cu o grijă excesivă față de detalii, cerându-i frecvent examinatorului să explice anumite informații pe care acesta le-a cerut. În contrast, pacientul histrionic poate fi atât de neinteresat de detalii, încât să dea răspunsuri vagi, care frustrează examinatorul. Pacientul pasiv-agresiv poate provoca apariția furiei în examinator, cerând repetarea întrebărilor și în general împiedicând încercările de obținere a datelor referitoare la istoric. Pacientul paranoid poate suspecta, în mod repetat, existența unor înțelesuri ascunse în întrebări, punând astfel examinatorul în defensivă.

Este esențial, în orice evaluare psihiatrică, să se determine prezența sau absența ideației suicidare. Pacienții suicidari trebuie întrebați direct dacă au un plan de suicid și dacă au un sistem de susținere, alcătuit din persoane cărora să li se poată adresa, înainte de a acționa impulsiv. Evaluarea psihodinamică ar trebui să discearnă semnificația ideilor suicidare. Există fantasma unei reuniri cu o persoană iubită decedată? Este suicidul un act de răzbunare desemnat să rănească pe altcineva, așa cum acea persoană l-a rănit odată pe pacient? Are suicidul realmente scopul de a omorî reprezentarea unui obiect intern pe care îl urăște și de care îi este teamă? Dintre multiplele posibile soluții la problemele pacientului, de ce se impune suicidul?

Afectul

Observațiile legate de stările emoționale ale pacientului constituie o mină de aur de informații referitoare la mecanismele de apărare. La urma urmei, managementul afectului constituie una dintre cele mai importante funcții ale apărărilor. Pacienții care descriu evenimente extrem de dureroase din viața lor, fără să fie câtuși de puțin emoționați, este posibil să utilizeze izolarea afectului. Pacienții hipomaniacali, care susțin că sunt întotdeauna bine dispuși și care sunt neobișnuit de joviali cu examinatorul, ar putea utiliza negarea, pentru a se apăra împotriva sentimentelor de durere și furie. Pacienții borderline care își exprimă disprețul și ostilitatea față de figurile importante din viața lor ar putea utiliza clivajul, pentru a împiedica orice integrare a sentimentelor bune și rele față de ceilalți. Trebuie evaluată, de asemenea, dispoziția, o subcategorie a afectului care reprezintă un sentiment intern susținut. Examinarea dispoziției, împreună cu un pacient, arată deseori că aceasta este legată de reprezentări semnificative de Sine sau de obiect.

Activitatea

În cursul interviului clinic, prin intermediul limbajului nonverbal se comunică o multitudine de informații. Ce subiecte extrem de sensibile au dus la starea de neliniște motorie a pacientului? Care sunt subiectele care provoacă tăcere? Ce subiecte îl determină pe pacient să întrerupă contactul vizual cu examinatorul? În ciuda faptului că pacienții încearcă să ascundă date esențiale față de psihiatrul care îi examinează, limbajul lor nonverbal îi va trăda mereu. Freud a făcut următoarea observație în 1905:

> Când mi-am propus să scot la lumină ceea ce ființele umane ascund înăuntrul lor, nu prin puterea coercitivă a hipnozei, ci prin observarea a ceea ce spun și a ceea ce arată ei, am considerat această sarcină mai grea decât este în realitate. Acela care are ochi să vadă și urechi să audă se poate convinge că nici un muritor nu poate ține un secret. Dacă buzele lui sunt pecetluite, el conversează cu degetele; trădarea se scurge încet, din el, prin fiecare por. Și astfel, sarcina de a conștientiza cele mai ascunse cotloane ale psihicului este o sarcină care poate fi îndeplinită (Freud, 1905/1953, pp. 77–78).

Așa cum sugerează Freud, unul dintre cele mai „regale drumuri" către observarea inconștientului este limbajul nonverbal. Relațiile din perioada atașamentului timpuriu sunt internalizate și înscrise ca memorie implicită (Amini et al., 1996; Gabbard, 1997). Ceea ce se dezvăluie în relația cu terapeutul este modalitatea obișnuită a pacientului

de a se relaționa cu obiectul, influențată de relațiile de atașament timpuriu, iar o mare parte din modalitatea de relaționare este de natură nonverbală. Pacienții care, de exemplu, stabilesc greu contactul vizual au un comportament deferent, folosesc puține gesturi, au un mod ezitant de a vorbi, îi spun clinicianului mult despre inconștientul lor, relațiile internalizate de obiect și modul în care se relaționează cu alții în afara interviului clinic.

3.1.5 Testarea psihologică

Testele psihologice proiective, în principal Rorschach și Testul apercepției tematice, pot fi extraordinar de utile în completarea evaluării psihodinamice. Testul Rorschach constă din 10 cartoane cu pete simetrice de cerneală, care reprezintă pentru pacient stimuli ambigui. În fața acestei ambiguități, pacienții vor dezvălui mult despre ei înșiși, prin interpretarea formelor amorfe ale petelor de cerneală. Există ghiduri foarte sofisticate pentru interpretările Testului Rorschach, care au sistematizat răspunsurile conform unei înțelegeri diagnostice psihodinamice a pacientului (Kwawer et al., 1980; Rapaport et al., 1968; Schafer, 1954).

Testul apercepției tematice operează conform unui principiu similar. O serie de desene sau gravuri reprezentând persoane și situații, cu grade variate de ambiguitate, le permite pacienților o varietate de interpretări. Pacienților li se cere să inventeze o poveste pentru a descrie fiecare desen. Inventând aceste povești, pacienții își proiectează propriile fantasme, dorințe și conflicte asupra desenelor. Testele proiective sunt utile în special pentru pacienții care sunt reținuți și laconici pe parcursul interviului psihiatric, neîmpărtășindu-i viața sa interioară, în mod liber, psihiatrului. Totuși numeroși pacienți vor dezvălui atât de multe despre ei înșiși, în cadrul interviului clinic, încât testarea psihologică nu mai este o completare necesară.

3.2 Examenul fizic și neurologic

Din motive evidente, starea fizică și neurologică a pacientului este la fel de importantă pentru psihiatrul de orientare dinamică precum este și pentru psihiatrul descriptiv. „Cutia craniană este legată de coloana cervicală", așa încât orice merge prost în corp va afecta creierul — și viceversa. Dacă evaluarea are loc într-un spital, psihiatrul de orientare dinamică poate alege să efectueze sau nu el însuși examenul

fizic și neurologic. Dacă evaluarea are loc într-un cabinet particular, majoritatea psihiatrilor de orientare dinamică preferă ca un internist să facă examenele respective. Indiferent cine face examenul fizic, explorarea semnificației acestuia este de obicei benefică, atât din perspectiva transferului, cât și din perspectiva fantasmelor pacientului referitoare la propriul corp. În oricare dintre cazuri, nici o evaluare, fie ea descriptivă sau dinamică, nu este completă fără aceste date.

3.3 Diagnosticul psihodinamic

La sfârșitul evaluării psihodinamice, clinicianul trebuie să pună un diagnostic descriptiv (bazat pe criteriile DSM-IV-TR) și un diagnostic psihodinamic (bazat pe înțelegerea pacientului și a bolii). Deși ambele diagnostice oferă informații necesare planului terapeutic, diagnosticul descriptiv vizează punerea unei etichete corecte, pe când diagnosticul psihodinamic este văzut ca suma unei înțelegeri care merge mai departe decât eticheta.

Diagnosticul descriptiv ajută clinicianul să planifice intervențiile farmacologice adecvate. Diagnosticul dinamic poate facilita înțelegerea clinicianului referitor la ce reprezintă tratamentul medicamentos pentru pacient și măsura în care complianța la acest tratament ar putea fi o problemă.

În acest context vreau să subliniez că utilitatea unui diagnostic dinamic nu este limitată la pacienții cărora li se recomandă ca tratament psihoterapia dinamică. Abordarea terapeutică a personalității pacientului face parte din orice tratament psihiatric și trebuie întotdeauna luată în considerare în cadrul planului terapeutic (Perry et al., 1987).

O parte din diagnosticul dinamic implică înțelegerea modului în care cele cinci axe ale DSM-IV-TR interacționează și se influențează reciproc. Întrucât orice boală se dezvoltă dintr-o personalitate preexistentă, trebuie luat în considerare modul în care diagnosticul personalității de pe Axa II contribuie la sindromul de pe Axa I. Indivizii obsesiv-compulsivi, de exemplu, se decompensează deseori sub forma unui episod depresiv major. Clinicienii trebuie astfel să evalueze modul în care Supraeul rigid și cu pretenții mari al structurii de personalitate de tip obsesiv-compulsiv contribuie la caracteristica depresiei de dezgust față de sine. Acest aspect al diagnosticului nu va înlocui contribuțiile factorilor biochimici și genetici la apariția depresiei, ci va acționa sinergic pentru a oferi o înțelegere mai completă a pacientului și a bolii. În mod similar, un diagnostic pe Axa III de carcinom de pancreas poate contribui la apariția unui episod depresiv major diagnosticat pe Axa I, pe o bază biologică,

dar reacția psihologică a pacientului la diagnosticul de cancer poate fi un alt factor care să contribuie la depresie. Pacientul care este diagnosticat cu tulburare de personalitate narcisică pe Axa II și tulburare de panică pe Axa I s-ar putea să nu dorească un tratament medicamentos pentru tulburarea de panică, întrucât ideea de a suferi de o tulburare psihiatrică majoră constituie o rănire narcisică pe care nu o poate tolera.

Așa cum am descris anterior în acest capitol, factorii stresanți de pe Axa IV — atât factorii precipitanți, evidenți, conștienți, cât și cei ascunși, inconștienți — trebuie de asemenea evaluați în diagnosticul dinamic. În sfârșit, este util să se evalueze modul în care ceea ce s-a constatat la nivelul celorlalte patru axe afectează Axa V, adică nivelul de funcționare. Severitatea afectării funcționale a pacientului este explicată de diagnosticul pe Axa I sau trăsăturile caracteriologice de pe Axa II contribuie la o afectare a funcționării mai accentuată decât ar fi justificată prin diagnosticul Axei I? Un diagnostic psihodinamic complet implică, de asemenea, evaluarea pacientului din una sau mai multe dintre cele patru perspective teoretice majore, discutate în Capitolul 2: psihologia Eului, teoria relațiilor de obiect, psihologia Sinelui și teoria atașamentului.

3.3.1 Caracteristicile Eului

Se poate învăța foarte mult despre punctele tari ale Eului din istoricul pacienților referitor la traseul profesional și modalitățile de relaționare. Cei care au fost capabili să mențină un serviciu și să stabilească relații în care să se implice, pentru perioade rezonabile de timp, este posibil să aibă un Eu mai flexibil decât cei care nu au reușit.

Evaluarea unor funcții-cheie ale Eului (Bellak et al., 1973) poate ajuta psihiatrii să înțeleagă punctele tari și cele slabe ale pacientului, ceea ce le permite să stabilească planul terapeutic. Are pacientul capacitatea de a testa realitatea? Are el capacitatea de a distinge ceea ce este intern de ceea ce este extern sau are o tulburare de percepție persistentă, de intensitate psihotică? Este capacitatea pacientului de a testa realitatea intactă în situațiile structurate, dar alterată în situațiile nestructurate? Care este capacitatea pacientului de a controla impulsurile? Există suficientă tărie a Eului pentru a amâna descărcarea impulsurilor sau pacientul este condus de impulsuri până la a constitui un pericol pentru alții sau pentru sine? Judecata este o altă funcție a Eului care trebuie evaluată. Poate pacientul să anticipeze adecvat consecința acțiunilor sale?

În planificarea celei mai propice forme de psihoterapie, psihiatrii trebuie să determine și în ce măsură pacientul are o gândire orientată psihologic. Pacientul vede problemele ca având o origine internă sau sunt toate dificultăți externalizate și atribuite celorlalți din mediu? Poate pacientul sintetiza și integra diferite frânturi de informații și reflecta

asupra legăturii dintre ele, ca să ajungă la explicații semnificative pentru simptomele și dificultățile sale interpersonale? Pacientul gândește în metafore și analogii care să-i permită să facă legături între diferitele niveluri de abstractizare? Toate aceste considerații ajută la evaluarea capacității pacientului de a gândi în termeni psihologici.

O mare parte din evaluarea Eului este centrată pe funcționarea defensivă a acestuia. Pentru cadrul psihanalitic, Waelder (1960) a dezvoltat o serie de întrebări care se adresează operațiunilor defensive ale pacientului. Aceleași întrebări ar putea fi adaptate evaluării psihodinamice: „Care sunt dorințele pacientului? Ce dorește pacientul (în mod inconștient)? Și de ce se teme?... Și când îi este teamă, ce face?" (pp. 182–183). Pine (1990) a adus câteva întrebări adiționale pentru a evalua relația dintre pulsiuni și răspunsurile Eului la pulsiuni:

> Ce dorință este exprimată? care este relația dintre dorință și conștient? care este fantasma? și cum reflectă aceasta un compromis între dorință și apărare și realitate? cum se apără împotriva dorinței? și cât de eficientă/adaptativă este apărarea? poate fi legată anxietatea respectivă de o dorință sau alta, față de care apărarea nu a fost eficientă? și poate fi vina respectivă înțeleasă în termeni de operare a conștiinței în raport cu o dorință sau alta? (pp. 44–45)

Pine a sugerat, de asemenea, că ar trebui evaluat și caracterul, într-o manieră similară, luând în considerare stilurile de apărare caracteristice pacientului, care sunt exprimate ca modalități de funcționare egosintonice. Mecanismele de apărare pot fi, de asemenea, evaluate pe o axă continuă de la imaturitate până la maturitate, descrisă în Capitolul 2. Pacientul care este capabil să utilizeze represia și umorul într-o situație dificilă arată o mult mai mare tărie a Eului decât pacientul care recurge la clivaj și identificare proiectivă în aceeași situație.

Determinarea legăturii dintre Eu și Supraeu este o altă parte vitală a evaluării psihologice a Eului. Este Supraeul un supervizor rigid și necruțător al Eului sau există flexibilitate și armonie în relația dintre Supraeu și Eu? Pacientul îmbrățișează idealuri realiste sau este condus de scopuri fantastice și de neatins? Există tendințe antisociale în pacient, caracterizate printr-un Supraeu absent sau insuficient dezvoltat? Răspunsurile la aceste întrebări pot, de asemenea, oferi indicii referitoare la experiențele pacientului din copilărie legate de figurile parentale, întrucât Supraeul este o reprezentare internalizată a acelor figuri.

3.3.2 Relațiile de obiect

Ca un rezultat final al evaluării psihodinamice, clinicianul are informații referitoare la relațiile interpersonale ale pacientului în trei

contexte: relațiile din copilărie, aspectele reale și transferențiale ale relației dintre pacient și examinator și relațiile actuale din afara relației doctor–pacient. Natura acestor relații îi oferă psihiatrului multe informații referitoare la poziția pacientului în familie și sistemele sociale. Este totuși nevoie, în continuare, de o evaluare a modului în care relațiile familiale ale pacientului influențează dezvoltarea tabloului clinic care îl aduce pe pacient la psihiatru. Tabloul simptomatic al unui pacient adolescent reflectă problemele conjugale ale părinților? Cu alte cuvinte, servește oare pacientul drept „purtător" al bolii pentru întreaga familie?

Informațiile despre relațiile interpersonale ale pacientului spun, de asemenea, multe despre natura relațiilor interne de obiect ale acestuia. Un interviu cu membrii familiei și alte persoane semnificative poate ajuta la determinarea gradului inerent de distorsiune al modului în care pacientul percepe celelalte relații. Anumite modele, ușor de identificat, par să se regăsească în toate relațiile. De exemplu, pacientul pare să ajungă întotdeauna să fie un partener masochist într-o relație sado-masochistă? Pacientul are mereu grijă de alții, care funcționează mai puțin bine și au mai multă nevoie de îngrijire? Pine (1990) a formulat o serie de întrebări orientate specific asupra relațiilor de obiect, care pot fi adaptate de clinician pe parcursul interviului:

> Care dintre vechile relații de obiect se repetă? și care dintre rolurile din relația de obiect este pus în act de către subiect (pacient) — al lui însuși sau al celuilalt? sau ambele? Pacientul se poartă ca persoana care era atunci? care voia să fie, în ochii părinților? care voiau ei să fie? sau așa cum erau ei? așa cum dorea el ca ei să fie? Și ce experiențe timpurii, pasive, se repetă în mod activ? (p. 47)

Determinarea nivelului de maturitate al relațiilor de obiect este o parte integrală a acestei evaluări. Pacientul îi vede pe ceilalți în mod ambivalent, ca obiecte întregi, cu însușiri bune și rele? Sau, din contră, pacientul îi privește pe ceilalți fie ca idealizați (doar buni), fie ca devalorizați (doar răi)? Pacientul îi vede pe ceilalți ca obiecte parțiale, care satisfac anumite nevoi și care servesc doar o anumită funcție pentru pacient, sau mai degrabă ca persoane separate, cu nevoi și griji proprii? În sfârșit, ce se poate ști despre constanța obiectului? Poate pacientul tolera situația de a fi despărțit de persoanele semnificative, prin evocarea unei imagini interne liniștitoare a persoanei care îi lipsește?

3.3.3 Sinele

O evaluare dinamică exhaustivă trebuie să ia în considerare câteva aspecte ale Sinelui pacientului. În cadrul larg al psihologiei Sinelui,

psihiatrii ar trebui să examineze durabilitatea și coeziunea Sinelui. Este acesta înclinat către fragmentare ca răspuns la cea mai mică ofensă din partea unui prieten sau coleg? Are nevoie pacientul să fie mereu în lumina reflectoarelor și să primească răspunsuri încurajatoare de la obiectele Sinelui? Maturitatea obiectelor Sinelui pacientului ar trebui, de asemenea, evaluată. Sunt oare satisfăcute nevoile obiectelor Sinelui pacientului printr-o relație reciproc mulțumitoare, în contextul unui angajament pe termen lung?

Pe lângă stima de sine, psihiatrul trebuie să evalueze și continuitatea Sinelui pacientului. Pacientul este aproape același de-a lungul timpului, indiferent de circumstanțele exterioare sau există o dispersare generalizată a identității? După cum sublinia Horowitz (1997), fără un sentiment al coerenței și continuității Sinelui, un individ riscă mai mult să dezvolte simptome și să prezinte schimbări bruște ale stării psihice. Horowitz indica, de asemenea, că sentimentul coerenței Sinelui este mai mult decât un stil interpersonal — include integritatea și virtuțile caracterului unei persoane. Dovezi ale dispersării identității ar indica faptul că diferite reprezentări ale Sinelui, despărțite una de cealaltă, sunt mereu în concurență, în încercarea de a domina întreaga personalitate. Diferite reprezentări ale Sinelui pot apărea, în mod evident, în legătură cu diferite reprezentări de obiect, care sunt în mare măsură influențate de contextul interpersonal, la un moment dat. Limitele Sinelui sunt și ele importante. Poate pacientul să diferențieze în mod clar propriul conținut psihic de cel al altora sau avem de-a face cu o neclaritate generală a limitelor obiectului Sinelui? Un aspect legat de acest fapt este și percepția corporală a pacientului. Are pacientul sentimentul că limitele sale corporale sunt intacte sau se simte nevoit să recurgă periodic la automutilare pentru a defini limita epidermei? Psihicul și corpul sunt percepute ca fiind conectate de-a lungul timpului sau există episoade de depersonalizare ori experiențe în care pacientul se simte în afara corpului, iar psihicul pare să fie independent de corp?

3.3.4 Modalitățile de atașament și mentalizarea

Clinicianul este atent la modalitățile de atașament și speră să înțeleagă modelele operaționale interne ale pacientului, în conformitate cu tipurile familiare de atașament adult: 1) sigur/autonom, 2) nesigur/evitant, 3) preocupat și 4) nehotărât/dezorganizat (vezi Capitolul 2). În cadrul unei cercetări, examinatorii aplică, de obicei, Inventarul atașamentului adult, care este un interviu semistructurat, compus din 15 întrebări referitoare la modul în care subiectul i-a perceput pe părinți sau pe îngrijitori, în copilărie, precum și la influența lor asupra subiectului ca adult (Gullestad, 2003). În anumite privințe, acesta este

echivalentul, pentru adulți, al Situației stranii (Stein et al., 1998). Aplicarea acestui instrument necesită multă pregătire și un manual de înregistrare a scorurilor. În clinică, examinatorul trebuie doar să fie atent la modele și să ia în considerare modul în care experiențele din copilărie au contribuit la formarea relațiilor la adult. În plus, clinicienii pot să evalueze în ce măsură dificultățile din atașamentul timpuriu au permis sau, din contră, au afectat capacitatea de mentalizare. Când copiii au un atașament sigur, ei dezvoltă capacitatea de a înțelege oamenii din perspectiva sentimentelor, dorințelor, credințelor și expectațiilor lor (Fonagy, 2001). În cazurile în care copiii au suferit psihotraume sau au fost neglijați, ei au tendința să-și restrângă gândirea și nu îndrăznesc să-și imagineze ce este în mintea părintelui sau a îngrijitorului. Această reacție defensivă poate afecta capacitatea de mentalizare (Fonagy, 2001).

3.3.5 Formularea psihodinamică

Diferitele elemente enumerate în discuția anterioară constituie baza formulării psihodinamice. Această ipoteză sau acest model de lucru ilustrează modul în care elementele interacționează, pentru a crea tabloul clinic prezentat de pacient. Formulările psihodinamice trebuie integrate într-un context biopsihosocial (Gabbard, 2004). Există trei componente care formează fundamentul unei bune formulări psihodinamice (Sperry et al., 1992). Formularea ar trebui să înceapă cu una sau două propoziții, care să descrie tabloul clinic și factorul sau factorii de stres responsabili pentru precipitarea stării care a determinat solicitarea ajutorului specializat. A doua parte a formulării propune un set de ipoteze despre modul în care factorii biologici, intrapsihici și socioculturali contribuie la tabloul clinic. A treia componentă cuprinde o scurtă explicație despre felul în care primele două laturi ale formulării pot contribui la stabilirea tratamentului și la evaluarea prognostică.

În construirea unei formulări psihodinamice trebuie implicate câteva principii de bază. În primul rând, factorii biologici pot fi genetici sau pot fi consecința unor influențe din mediu, cum ar fi traumatisme timpurii sau leziuni craniene. În al doilea rând, factorii socioculturali pot include familia, religia, obiceiuri culturale sau chiar impactul imigrării. Unii pacienți vor apărea mai tulburați într-o cultură nouă, decât ar fi fost în cultura lor de origine. Pierderea obiectelor iubirii, valorilor culturale, limbajului nativ și mediului de origine poate determina un fenomen de „șoc cultural", care să compromită sever identitatea și stima de sine a imigrantului și să precipite un proces de doliu (Halperin, 2004). Deși formularea are drept scop explicarea condiției pacientului, ea nu trebuie să explice totul. Ea trebuie să sublinieze succint principalele probleme și în special relevanța lor pentru planul terapeutic.

Cu unii pacienți, un anumit model teoretic va avea o valoare explicativă mai mare decât celelalte două. Cu alți pacienți totuși, mai multe perspective teoretice se pot dovedi utile în conceptualizarea diferitelor aspecte ale psihopatologiei pacientului. După cum am sugerat în Capitolul 1, clinicienii ar trebui să fie deschiși față de toate teoriile majore și să adopte mai degrabă atitudinea de „atât/cât și" decât cea de „ori/ori". Formularea ar trebui abordată înțelegând faptul că ea suferă o continuă modificare, pe măsură ce tratamentul acționează. În psihiatria dinamică, diagnosticul și tratamentul evoluează mereu împreună. Un exemplu de caz ilustrează aceste idei:

Dra A, o femeie singură, în vârstă de 33 de ani, care lucrează ca bibliotecar, s-a prezentat la spital în plin episod psihotic, cu trăsături paranoide. Ea era convinsă că mama ei plănuia s-o omoare și se baricadase în apartamentul pe care îl împărțea cu fratele ei.

Când dra A s-a reorganizat după câteva doze de tratament antipsihotic, s-a dovedit a fi o persoană veselă, stil Pollyanna, făcând următorul comentariu: „Nu simt deloc furie în mine". A afirmat că se simte bine și dorește să meargă acasă. Mama ei a fost bucuroasă să o vadă „înapoi la normal", dar și-a exprimat îngrijorarea, deoarece fratele drei A se afla încă în apartament. El își exploatase sora mutându-se cu ea, consumându-i mâncarea și locuind fără să plătească chirie, în ultimele câteva săptămâni.

Conform mamei ei, dra A avea o existență izolată și puține contacte interpersonale, în afara unor relații superficiale la serviciu. Mai mult, mama pacientei a povestit că dra A avusese un alt episod psihotic, în urmă cu 18 luni, când fratele ei se mutase la ea, în aceleași condiții. Mama pacientei a raportat și un istoric familial de tulburare afectivă bipolară.

S-a efectuat următoarea formulare psihodinamică: dra A a moștenit o vulnerabilitate pentru tulburarea afectivă bipolară. Episoadele psihotice ciclice, cu aparență schizofreniformă, pot să fie o variantă de tulburare bipolară. După stabilizarea psihozei, psihiatrul putea lua în considerare profilaxia cu litiu sau alt stabilizator al dispoziției.

Atunci când dra A nu este psihotică, adaptarea ei se realizează cu prețul unei negări masive a tuturor sentimentelor negative, în special furia, rezultând o existență schizoidă. Stresul de a-și găzdui fratele, care trăiește ca un parazit în apartamentul ei, provoca o asemenea furie în dra A, încât ea nu-și mai putea menține postura defensivă uzuală. Sub presiunea acestui afect intens, ea regresa în poziția paranoid-schizoidă, în care o reprezentare inacceptabilă a Sinelui, care nutrește furie și sentimente criminale, a fost clivată și proiectată asupra mamei sale. După remisiunea psihozei sub tratament medicamentos, ea a reintroiectat reprezentarea Sinelui care a fost încă o dată îngropată sub negare.

Pacienta nu are capacitatea de a gândi în termeni psihologici pentru a vedea problemele, cărora să li se adreseze într-un proces terapeutic explorator. Este necesară o intervenție sau o terapie familială pentru a înlătura factorul stresant (i.e.,

fratele) și pentru a-i permite drei A să revină la adaptarea sa anterioară. Se recomandă urmarea unui tratament medicamentos și psihoterapie suportivă, astfel încât dra A să-și mențină apărările și să poată fi identificați alți potențiali factori stresanți. Putem anticipa și alte probleme legate de complianța la tratament, dacă fratele ei se întoarce.

Deși este conceput ca o formulare psihodinamică, acest exemplu este în acord cu modelul psihiatric biopsihosocial propus de Engel (1977), Fink (1988) et al., întrucât ia în considerare predispoziția genetică, influențele sociofamiliale și factorii intrapsihici.

3.4 Concluzii

Tabelul 3–1 cuprinde pașii implicați într-o evaluare psihodinamică exhaustivă. În analiza finală, scopul evaluării este de a oferi informații și a orienta planul terapeutic global. Cazul drei A ilustrează modul în care un diagnostic psihodinamic și în special o formulare psihodinamică pot fi utile chiar și atunci când psihoterapia dinamică este contraindicată. Tratamentul beneficiază totuși de informații de natură psihodinamică. O evaluare a funcțiilor Eului poate contribui la decizia de a interna un pacient în spital sau de a-l trata ambulatoriu. De exemplu,

Tabel 3–1. Evaluarea psihodinamică.

Date legate de istoric
Boala prezentă, cu atenție acordată asociațiilor și factorilor stresanți cuprinși în Axa IV
Istoricul, cu accent pe modul în care trecutul se repetă în prezent
Istoria dezvoltării
Istoria familială
Contextul cultural/religios
Examinarea stării psihice
Orientare și percepție
Gândire
Afect
Activitate
Teste psihologice proiective (dacă este necesar)
Examenul fizic și neurologic
Diagnosticul psihodinamic
Diagnostic descriptiv DSM-IV-TR
Interacțiuni între Axele I, II, III, IV, V

- Caracteristici ale Eului
  - Puncte tari și puncte slabe
  - Mecanisme de apărare și conflicte
  - Relația cu Supraeul
- Calitatea relațiilor de obiect
  - Relații familiale
  - Modele de transfer și contratransfer
  - Concluzii legate de relațiile interne de obiect
- Caracteristici ale Sinelui
  - Stima de sine și coeziunea Sinelui
  - Continuitatea Sinelui
  - Limitele Sinelui
  - Relația psihic–corp
- Modele de atașament/capacitatea de mentalizare
- Formularea psihodinamică, utilizând datele de mai sus

măsura în care un pacient își poate controla sau nu impulsurile poate fi o variabilă crucială în decizia dacă să fie internat imediat și — dacă acesta este cazul — când va putea să fie externat acel pacient. O înțelegere psihodinamică a pacienților îi poate ajuta pe clinicieni să-și dea seama dacă pacienții vor accepta o recomandare pentru terapia de cuplu, comportamentală, familială sau de grup. În sfârșit, complianța pacientului față de un anume tratament medicamentos poate fi afectată de trăsăturile specifice de caracter ale pacientului respectiv. Cazurile discutate în capitolele următoare arată cum pot fi folosite alte modele teoretice în dezvoltarea unei formulări și modul în care evaluarea psihodinamică a pacientului orientează planificarea tratamentului.

4. Tratamente în psihiatria dinamică
Psihoterapia individuală

Competența în psihoterapie individuală este probabil marca unui psihiatru de orientare dinamică. Întrucât evoluează din psihanaliză, psihiatria dinamică subliniază, în mod evident, nuanțele relației terapeutice dintre psihoterapeut și pacient. Considerente legate de spațiu ne limitează la o scurtă trecere în revistă a principiilor generale derivate din vasta literatură asupra psihoterapiei individuale. Aplicații specifice ale acestor principii, în diferite tulburări, sunt demonstrate și explicate în Secțiunile II și III ale acestui volum. Cititorii care sunt interesați de o discuție mai amplă asupra psihoterapiei individuale ar trebui să consulte unul dintre textele exhaustive (Adler și Bachant, 1998; Basch, 1980; Busch, 1995; Chessick, 1974; Dewald, 1964, 1971; Fromm-Reichmann, 1950; Gabbard, 2004; Luborsky, 1984; McWilliams, 2004; Ogden, 1982; Roth, 1987).

4.1 Continuum expresiv-suportiv

Psihoterapia modelată după principiile tehnice ale psihanalizei formale a fost denumită în diferite feluri: expresivă, dinamică, de orientare psihanalitică, orientată către insight, exploratorie și intensivă, pentru a numi doar câteva. Această formă de tratament, concepută pentru a analiza apărările și a explora transferul, a fost inițial privită ca total diferită de psihoterapia suportivă. Aceasta din urmă, care este mai degrabă orientată către represia conflictului inconștient și întărirea apărărilor, a fost considerată de către cei mai mulți ca fiind inferioară terapiei expresive. Această tendință se reflectă în maxima clinică după care s-au ghidat psihoterapeuții de-a lungul anilor: „Fii cât poți de expresiv și cât trebuie de suportiv" (Wallerstein, 1986, p. 688).

Mai mulți autori și-au exprimat îngrijorarea referitor la această dihotomie tradițională (Gabbard, 2004; Horwitz et al., 1996; Pine, 1976, 1986; Wallerstein, 1986; Werman, 1984; Winston et al., 2004). Una dintre problemele legate de această distincție este implicarea că psihoterapia suportivă nu ar fi de orientare psihanalitică. În practică, multe forme de psihoterapie suportivă sunt ghidate, pas cu pas, de înțelegerea psihanalitică. Mai mult, această dihotomie consideră psihoterapia expresivă și psihoterapia suportivă ca fiind două entități clar distincte, pe când, în realitate, ele se regăsesc rareori undeva în formă pură (Wallerstein, 1986; Werman, 1984). În sfârșit, valoarea asociată cu prestigiul mai mare al psihoterapiei expresive sau psihanalizei a dus mereu la presupunerea că schimbarea obținută în urma insight-ului sau a rezolvării conflictului intrapsihic este întru câtva superioară celei obținute prin tehnicile suportive. Nu există date solide care să susțină această presupunere; schimbările obținute prin psihoterapia expresivă nu s-au dovedit a fi în nici un fel superioare sau mai durabile decât cele obținute prin psihoterapia suportivă (Wallerstein, 1986).

La încheierea unui studiu impresionant, efectuat pe 42 de pacienți tratați în cadrul Proiectului de cercetare în psihoterapie al Fundației Menninger, Wallerstein (1986), s-a arătat că toate formele de psihoterapie conțin un amestec de elemente expresive și suportive și că schimbările realizate de elementele suportive nu sunt deloc inferioare celor realizate de elementele expresive. În loc să privim psihoterapia expresivă și psihoterapia suportivă ca două modalități distincte de tratament, ar trebui să considerăm că psihoterapia are loc pe un continuum expresiv-suportiv, ceea ce este mai apropiat de realitatea clinică și de cercetarea empirică. Cu anumiți pacienți și în anumite momente ale terapiei, aceasta va cuprinde mai multe elemente expresive, pe când cu alți pacienți și în alte momente, terapia va impune o mai mare atenție pentru elementele suportive. Așa cum nota Wallerstein (1986), „orice terapie corectă este întotdeauna atât expresivă, cât și suportivă (în feluri diferite), iar problema în orice moment și în orice terapie ar trebui să fie aceea de a exprima *cum* și *când* și de a susține *cum* și *când*" (p. 689).

Psihoterapia individuală adaptată la acest continuum ar fi cel mai bine denumită prin termenii de *expresiv-suportivă* sau *suportiv-expresivă*. Chiar și psihanaliza, situată în extremitatea capătului expresiv al continuum-ului, conține elemente suportive asociate structurii tratamentului și colaborării dintre analist și pacient, în vederea atingerii anumitor țeluri (Luborsky 1984). În schimb, cele mai multe psihoterapii suportive, aflate la capătul opus al continuum-ului, oferă uneori insight și înțelegere. Astfel, un terapeut de orientare dinamică eficient se va mișca, în mod flexibil, de-a lungul continuum-ului expresiv-suportiv, în funcție de nevoile pacientului la un moment dat, în procesul psihoterapeutic.

Conceptul de continuum expresiv-suportiv oferă un cadru pentru evaluarea scopurilor, caracteristicilor și indicațiilor psihoterapiei individuale. Fiecare dintre aceste elemente se schimbă în funcție de cum ne mișcăm de-a lungul continuum-ului.

4.2 Psihoterapia expresiv-suportivă

4.2.1 Scopuri

Din perspectivă istorică, insight-ul și înțelegerea au fost întotdeauna considerate scopurile finale ale psihanalizei și ale psihoterapiei derivate din principiile psihanalitice. Totuși, după anii '50, a existat o tot mai largă acceptare a ideii că relația terapeutică în sine contribuie la vindecare, independent de rolul său de a oferi insight. Loewald (1957/1980) a arătat că procesul schimbării este „pus în mișcare nu doar prin abilitățile tehnice ale analistului, ci și prin faptul că analistul se pune la dispoziție pe el însuși, pentru dezvoltarea unei noi «relații de obiect» între pacient și analist" (p. 224).

Deși majoritatea terapeuților psihanaliști au ca scop atât insight-ul, cât și relația terapeutică, există variații în ceea ce privește importanța atribuită fiecărei dimensiuni. Unii se concentrează mai mult pe rezolvarea conflictului prin interpretare, pe când alții subliniază importanța dezvoltării autenticității sau a „adevăratului Sine" (Winnicott 1962/1976). Unii terapeuți sunt mai ambițioși în privința rezultatelor terapeutice; alții consideră procesul psihoterapeutic ca o căutare a adevărului despre propria persoană (Grinberg, 1980). Iar alții consideră că scopul ar trebui să fie capacitatea de a reflecta asupra propriei lumi interne (Aron 1998). Cei influențați de Klein au drept țel reintegrarea aspectelor Sinelui, care fuseseră pierdute prin identificarea proiectivă (Steiner, 1989). Terapeuții influențați de teoria atașamentului (Fonagy, 2001) susțin că scopul este ameliorarea capacității de mentalizare.

Din punctul de vedere al relațiilor de obiect, scopul psihoterapiei îl va constitui ameliorarea calității relațiilor persoanei respective, indiferent dacă intervenția se poziționează spre polul suportiv sau cel expresiv al continuum-ului. Întrucât relațiile interne de obiect se modifică pe parcursul psihoterapiei, subiectul este capabil să perceapă și să se relaționeze cu persoanele din jur în mod diferit. În practica actuală, pacienții apelează la terapie mai degrabă din cauza nemulțumirii legate de calitatea relațiilor, decât a unor simptome distincte, așa cum făceau în timpul lui Freud. Astfel, importanța acestui scop trebuie mereu subliniată. Un studiu empiric asupra analizei (Kantrowitz et al., 1987)

a demonstrat, cu ajutorul testelor psihologice proiective aplicate înainte și după tratament, că analiza produce o ameliorare statistic semnificativă a nivelului și calității relațiilor de obiect.

În psihoterapia orientată către psihologia Sinelui, printre scopuri se numără întărirea coeziunii Sinelui și încurajarea pacientului de a alege obiecte mai mature ale Sinelui, așa cum s-a arătat în Capitolul 2. După cum spunea Kohut (1984), „esența curei psihanalitice constă în capacitatea pacientului, nou achiziționată, de a identifica și de a căuta obiecte ale Sinelui adecvate, pe măsură ce acestea apar în realitatea înconjurătoare, precum și în capacitatea de a fi susținut de acestea" (p. 77).

Psihoterapia aflată la polul suportiv își propune, ca scop principal, să ajute pacientul să se adapteze la factorii stresanți, evitând insight-ul referitor la dorințele inconștiente și la apărări (Roskin, 1982). Terapeutul speră să întărească apărările, pentru a facilita capacitatea pacientului de a se adapta și de a face față stresului zilnic. Acest scop implică deseori întoarcerea unui pacient la un nivel anterior de funcționare, care a fost compromis de o criză. Mai mult, întrucât tehnicile suportive sunt utilizate frecvent în tratamentul pacienților cu un Eu foarte fragil, întărirea Eului este un aspect crucial al psihoterapiei suportive. De exemplu, terapeutul poate servi drept Eu auxiliar, ajutând pacienții să testeze realitatea cu mai multă acuratețe sau să anticipeze consecințele acțiunilor lor și deci să-și amelioreze judecata. Winston et al. (2004) oferă o abordare sistematică a psihoterapiei suportive, care să fie ajustată nevoilor individuale ale pacientului.

4.2.2 Durata

Durata psihoterapiei expresiv-suportive este în esență independentă de continuum-ul expresiv-suportiv. Terapiile care sunt în mare măsură suportive sau expresive pot fi de durată scurtă sau lungă. În unele cazuri, psihanaliza poate să dureze peste 5 ani, iar anumite procese suportive pot să dureze chiar mai mult. Pe de altă parte, există situații în care o singură ședință de terapie (sau consultație) suportivă sau expresivă poate avea un efect terapeutic important.

Deși definițiile psihoterapiei dinamice de scurtă durată sau de lungă durată variază, eu consider *psihoterapie pe termen lung* acel tratament care durează peste 6 luni sau 24 de săptămâni (Gabbard, 2004). Majoritatea terapiilor pe termen lung sunt deschise, dar unele au un termen fix, cu un număr clar de ședințe, de la început. În această primă secțiune, voi discuta despre terapia dinamică pe termen lung și voi face referințe la terapia scurtă către sfârșitul capitolului.

4.2.3 Frecvența ședințelor

Spre deosebire de durata terapiei, numărul ședințelor pe săptămână tinde să fie puternic corelat cu acest continuum expresiv-suportiv. Ca regulă generală, un număr mai mare de ședințe pe săptămână caracterizează polul expresiv al continuum-ului. Psihanaliza, tratamentul considerat a fi cel mai expresiv, se caracterizează prin patru sau cinci ședințe pe săptămână, iar pacientul stă, de obicei, întins pe divan, cu terapeutul așezat în spatele acestuia. Pe măsură ce ne deplasăm spre celălalt pol, formele predominant expresive ale psihoterapiei implică, în mod obișnuit, una până la trei ședințe pe săptămână, iar pacientul stă așezat într-un fotoliu. În schimb, psihoterapia predominant suportivă prevede rareori mai mult de două ședințe pe săptămână și de obicei are loc o dată pe săptămână sau chiar mai rar. Nu este neobișnuit, pentru procesul suportiv, să prevadă ședințe o dată pe lună.

Problema frecvenței este legată de rolul transferului în procesul psihoterapeutic (discutat mai târziu în acest capitol). Experiența clinică a arătat că transferul crește în intensitate o dată cu frecvența ședințelor. Întrucât terapia predominant expresivă se centrează pe transfer, terapeuții respectivi preferă, de obicei, să vadă pacienții mai des decât o dată pe săptămână. În contrast, procesul suportiv lucrează într-o mai mică măsură cu transferul, astfel încât nu este necesar mai mult de o ședință pe săptămână. De asemenea, în timp ce terapiile predominant expresive prevăd aproape invariabil ședințe de 45 sau 50 de minute, procesele suportive tind să utilizeze timpul într-un mod mai flexibil. Anumiți pacienți care necesită mai multe contacte de tip suportiv cu terapeutul se simt mai bine cu două ședințe de câte 25 de minute într-o săptămână, decât cu o singură ședință de 50 de minute.

Realitatea din clinica psihiatrică este că problemele practice pot avea o pondere mai mare decât considerațiile teoretice în determinarea frecvenței ședințelor. Unii pacienți pot să-și permită doar o ședință pe săptămână, chiar dacă s-ar simți mai bine cu trei. Alți pacienți pot ajunge la cabinetul terapeutului, din cauza programului lor de lucru sau a problemelor de transport, doar o dată pe săptămână. Totuși, înainte de a accepta astfel de limitări, terapeutul trebuie să țină cont că rezistențele se ascund adesea în locuri convenabile. Investigarea acestor limitări practice ar putea arăta că pacientul beneficiază de o mai mare flexibilitate de timp și bani decât recunoaște de la început.

4.2.4 Asocierea liberă

Asocierea liberă este frecvent considerată ca modalitatea principală prin care comunică pacientul cu analistul. Ea cere ca pacientul să se

relaxeze, renunțând la controlul obișnuit asupra procesului gândirii, într-un efort de a spune ce îi vine în minte, fără să-și cenzureze cuvintele sau gândurile. În practică, rezistențele intervin în mod inevitabil atunci când pacienții încearcă să asocieze liber. Se afirmă deseori, doar pe jumătate în glumă, că atunci când un pacient este capabil să asocieze liber, fără interferența rezistențelor, acel pacient poate fi gata pentru încheierea terapiei. Pacienții pot, de asemenea, folosi asocierea liberă ca rezistență împotriva concentrării asupra unei probleme specifice din viața lor actuală (Greenson, 1967).

Asocierea liberă este utilă și în terapiile predominant expresive, deși într-un mod mai selectiv decât în analiză. De exemplu, terapeutul poate să-i ceară pacientului să facă asocieri cu diferite elemente ale unui vis, fapt care ar ajuta atât terapeutul, cât și pacientul să înțeleagă legăturile inconștiente, făcând astfel posibilă interpretarea visului.

Asocierea liberă este mult mai puțin utilă, pe măsură ce ne îndreptăm către polul suportiv al terapiilor. După cum arăta Greenson (1967), procesul în sine necesită un Eu matur și sănătos, pentru a menține distanța dintre un Eu care observă și un Eu care trăiește. Pacienții cu un Eu deficient, înclinați către psihoză, pot să regreseze din ce în ce mai mult, dacă li se permite să asocieze liber în cadrul unui proces suportiv. Mai mult, acestor pacienți le lipsește deseori capacitatea de a reflecta asupra asocierilor pe care le fac și de a le integra într-o înțelegere coerentă și semnificativă a problemelor inconștiente.

4.2.5 Neutralitate, anonimitate și abstinență

Între 1912 și 1915, Freud a publicat o serie de indicații tehnice care au format baza a ceea ce a fost deseori denumit modelul „clasic" de tratament. Principii cum ar fi neutralitatea, anonimitatea și abstinența au evoluat din aceste lucrări. Totuși, în ultimii ani, aceste concepte au devenit foarte controversate, întrucât a fost din ce în ce mai clar că modul în care practica Freud era considerabil diferit de unele dintre recomandările sale, regăsite în lucrările referitoare la tehnică (Lipton, 1977; Lohser și Newton, 1996). În timp ce Freud îi sfătuia uneori pe analiști să dea dovadă de detașare emoțională, să nu arate nimic din ei înșiși și să pună deoparte tot ce ține de propriile lor sentimente, lucrările referitoare la pacienții lui demonstrau că el dădea dovadă de transparență în privința dispoziției sale; bârfea frecvent; oferea propriile opinii despre alți oameni, opere de artă și probleme politice curente; și era angajat cu entuziasm ca o „persoană adevărată". Propria sa subiectivitate era foarte evidentă. Recomandările sale scrise asupra problemelor de tehnică porneau, evident, mai degrabă de la îngrijorarea lui cu privire la potențiala trecere la act contratransferențială din partea

colegilor lui, decât din ceea ce credea el că este favorabil avansării procesului analitic.

Freud nu era de fapt atât de auster în scrierile sale referitoare la tehnică, pe cât este uneori prezentat. În recomandările legate de tehnică, avea tendința să oscileze între adoptarea flexibilității și tactului pe de-o parte și a unei atitudini mai autoritare, pe de altă parte. James Strachey, care l-a tradus, precum și discipolii săi au minimalizat prima tendință și au accentuat-o pe cea de-a doua.

Neutralitatea este probabil aspectul cel mai greșit înțeles al tehnicii psihanalitice și psihoterapeutice. Freud nici măcar nu a folosit acest cuvânt în scrierile sale. James Strachey a tradus cuvântul german *Indifferenz* ca „neutralitate", deși cuvântul, în germană, implica mai degrabă un oarecare grad de participare emoțională a analistului, decât de detașare. Cuvântul este frecvent interpretat greșit ca însemnând răceală sau atitudine distantă (Chessick, 1981). Chiar și în terapiile cel mai pregnant expresive, căldura emoțională este o parte necesară a relației terapeutice. În mod similar, grija pentru cazul unic al pacientului este esențială pentru stabilirea unui raport.

Terapeuții care se exclud ei înșiși din câmpul interpersonal al terapiei, adoptând o atitudine distantă și neparticipativă, își diminuează eficacitatea, întrucât se îndepărtează de la experiența legată de lumea obiectelor interne ale pacientului (Hoffman și Gill 1988). Faptul că terapeutul este un participant la procesul terapeutic se bucură de un larg consens. Participarea lui se face într-un mod spontan și totodată tranzitoriu, disciplinat, parțial (Gabbard, 1995; Hoffman și Gill, 1988; Mitchell, 1997; Racker, 1968; Renik, 1993; Sandler, 1976). Așa cum a demonstrat-o practica lui Freud, există o subiectivitate ireductibilă (Renik, 1993) care nu poate fi eliminată printr-o mască de anonimitate. Mai mult decât atât, terapeuții care își permit să răspundă încercărilor inconștiente ale pacienților de a-i transforma în obiecte de transfer vor dobândi o mult mai bună apreciere a lumii interne a pacientului. Terapeuții pot să devină conștienți de contratransfer doar după ce au reacționat, asemeni uneia dintre proiecțiile obiectelor interne sau uneia dintre reprezentările de Sine ale pacientului (Sandler, 1976; vezi și Gabbard, 1995). După cum am notat în Capitolul 1, contratransferul, care este creat din subiectivitatea terapeutului și proiecțiile reprezentărilor interne ale pacientului, deopotrivă, constituie o sursă de informații valoroase în cadrul procesului terapeutic.

În prezent, cea mai larg acceptată semnificație a neutralității implică adoptarea unei atitudini care să nu judece comportamentul, gândurile, dorințele și sentimentele pacienților. Anna Freud (1936/1966), care nu a utilizat acest termen, a sugerat că analistul trebuie să rămână echidistant față de Se, Eu, Supraeu și cererile realității externe. Acest punct de vedere este totuși mai degrabă un ideal decât o poziție realistă.

Terapeuții emit deseori judecăți personale referitoare la ceea ce pacienții fac sau spun, iar un terapeut spontan, angajat în relație, va dezvălui câteodată aceste judecăți în mod nonverbal sau chiar în cadrul unor comentarii directe față de pacient. Greenberg (1986) a redefinit neutralitatea ca asumarea unei poziții echidistante între un obiect anterior, din trecutul pacientului, și obiectul nou, reprezentat de terapeut, din prezent. Acest concept ar putea defini cu mai multă acuratețe procesul intern al terapeutului. Terapeutul este antrenat într-un rol evocat de lumea internă a pacientului și apoi încearcă să se desprindă de acest rol, astfel încât să poată reflecta ce se petrece între pacient și terapeut.

Anonimitatea a fost redefinită, în mod similar, în practica actuală. Freud (1912/1958) a notat că analistul ar trebui să se străduiască pentru opacitatea unei oglinzi, dar analiștii și psihoterapeuții de orientare analitică de azi recunosc faptul că anonimitatea este un construct mitic. În cabinetul unui terapeut se află fotografii, cărți și alte articole de uz personal. Atunci când terapeutul vorbește, atât ceea ce spune, cât și felul în care răspunde la materialul pacientului arată mult despre subiectivitatea terapeutului. Astfel, el se dezvăluie atât prin limbajul nonverbal, cât și prin cel verbal. Majoritatea analiștilor și psihoterapeuților de orientare analitică recunosc totuși că este important să se rețină. Dezvăluirea unor detalii intime, legate de familia terapeutului sau problemele personale ale acestuia, este rareori utilă și poate încărca pacientul în sensul că se creează o inversare de roluri, în care pacientul simte că trebuie să aibă grijă de terapeut. În mod similar, emiterea unor judecăți aspre referitoare la gândurile, sentimentele sau acțiunile pacientului poate fi dăunătoare prin asocierea cu autocritica pacientului. Pe de altă parte, astfel de judecăți pot fi necesare dacă pacientul riscă să acționeze într-o manieră autodistructivă.

Abstinența este un al treilea termen care a fost greșit înțeles de către unii practicieni. Freud a sugerat că analistul trebuie să se abțină de la gratificarea dorințelor transferențiale, astfel încât acele dorințe să fie mai degrabă analizate decât satisfăcute. În prezent, există o largă recunoaștere a faptului că, pe parcursul tratamentului, au loc gratificări parțiale legate de transfer. Râsul terapeutului ca răspuns la o glumă, ascultarea empatică intrinsecă a unei psihoterapii, precum și căldura și înțelegerea oferite de terapeut, toate reprezintă gratificări pentru pacient. Conceptul de limite analitice sau terapeutice stabilește limite pentru relația fizică, astfel încât limitele psihologice și emoționale pot fi depășite prin procesele de empatie, identificare proiectivă și introiecție (Gabbard și Lester, 2003). Limitele profesionale corecte nu ar trebui construite pentru a promova rigiditatea sau răceala (Gutheil și Gabbard, 1998). Terapeuții buni se simt liberi să râdă la o glumă pe care o spune pacientul și ar putea lăcrima atunci când aud o poveste tristă. Ei pot, de asemenea, să

întâmpine pacientul cu entuziasm la începutul unei ședințe. Totuși ei mențin abstinența în ceea ce privește gratificarea dorințelor sexuale și orice altă formă de posibilă exploatare a pacientului pentru propriile lor nevoi.

4.2.6 Intervențiile

Intervențiile făcute de terapeut pot fi împărțite în opt categorii și plasate de-a lungul unui continuum expresiv-suportiv: 1) interpretarea, 2) observarea, 3) confruntarea, 4) clarificarea, 5) încurajarea de a elabora, 6) validarea empatică, 7) intervențiile psihoeducaționale, 8) sfatul și lauda (figura 4–1).

Interpretarea

În formele predominant expresive ale tratamentului, interpretarea este privită ca instrumentul decisiv ultim al terapeutului (Greenson, 1967). În forma sa cea mai simplă, interpretarea se referă la transformarea unui material inconștient într-unul conștient. Interpretarea este o explicație care face legătura dintre un sentiment, gând, comportament sau simptom cu înțelesul sau originea sa inconștientă. De exemplu, terapeutul i-ar putea spune unui pacient care întârzie: „Poate că motivul pentru care ați întârziat este acela că v-a fost teamă că aș reacționa, la succesul dumneavoastră actual, în același fel în care a reacționat tatăl dumneavoastră". În funcție de punctul în care se află terapia, precum și de capacitatea pacientului de a auzi, interpretările pot fi orientate către transfer (ca în acest exemplu), către probleme din afara transferului, către unele situații trecute sau prezente, către rezistențele sau fantasmele pacientului. Ca principiu general, terapeutul nu abordează conținutul inconștient prin intermediul interpretării, până când materialul nu devine aproape conștient și deci mai accesibil conștienței pacientului.

Observarea

Observarea nu este o interpretare, în sensul că nu încearcă să explice semnificații inconștiente sau să facă legături între cauză și efect. Terapeutul doar remarcă un comportament nonverbal, un model în cadrul procesului terapeutic, o urmă de emoție în expresia pacientului sau faptul că acesta schimbă subiectul. Un terapeut ar putea spune, de exemplu: „Am remarcat un obicei — atunci când intrați în cabinet, la

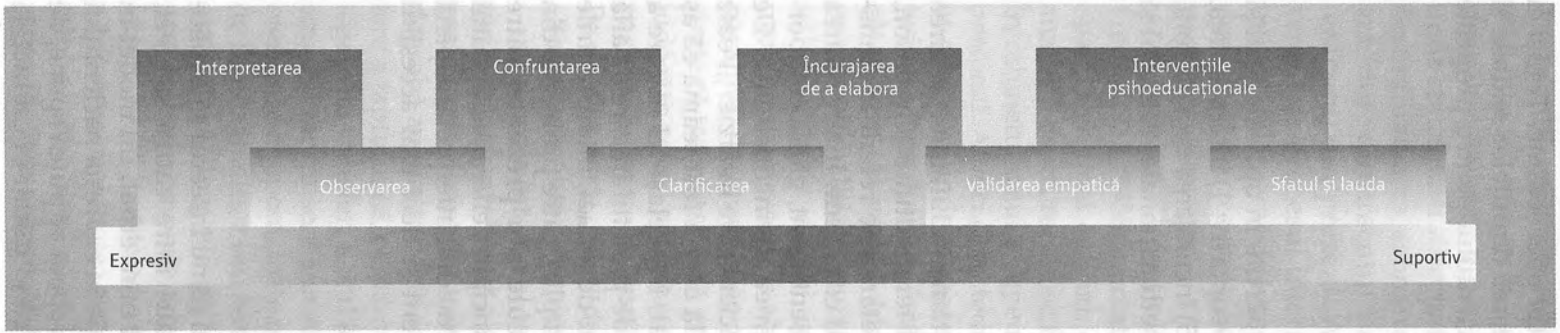

Figura 4–1. Continuum-ul expresiv-suportiv al intervențiilor.

începutul fiecărei ședințe, păreți înspăimântat și trageți scaunul lângă perete, înainte de a vă așeza. Ce credeți despre acest lucru?". Ca în acest exemplu, terapeutul nu face speculații legate de motivul din spatele comportamentului, ci invită pacientul să colaboreze în această privință.

Confruntarea

Următoarea intervenție de tip expresiv este confruntarea. Ea se adresează unei probleme pe care pacientul nu vrea să o accepte sau identifică evitarea sau minimalizarea la care recurge pacientul. Spre deosebire de observare, care de obicei se referă la ceva din afara conștienței pacientului, confruntarea subliniază de obicei evitarea materialului conștient. Confruntarea este deseori blândă însă are o conotație peiorativă, în limbajul comun, de agresivitate sau rănire. Următorul exemplu arată că această intervenție nu este neapărat ostilă: în ultima ședință a unui proces terapeutic de lungă durată, pacientul a vorbit pe larg despre problemele pe care le-a avut cu mașina, în drum spre ședință. Terapeutul i-a spus: „Cred că preferați să vorbiți despre mașina dumneavoastră, decât să înfruntați tristețea pe care o resimțiți legat de ultima noastră ședință".

Clarificarea

Mai departe pe acest continuum de la intervențiile expresive la cele suportive, se poziționează clarificarea. Ea implică o reformulare sau o adunare a ceea ce a povestit pacientul, pentru a realiza o perspectivă mai coerentă asupra celor comunicate pe parcurs. Clarificarea diferă de confruntare, întrucât nu include elementul de negare sau minimalizare. O clarificare are ca scop să-l ajute pe pacient să exprime ceva ce este greu de pus în cuvinte.

Încurajarea de a elabora

Spre mijlocul continuum-ului, se află intervențiile care nu sunt nici suportive și nici expresive prin ele însele. *Încurajarea de a elabora* poate fi definită, în sens larg, ca o cerere de informații referitoare la un subiect adus de pacient. Poate fi o întrebare deschisă, ca de exemplu: „Ce vă vine în minte în legătură cu aceasta?" sau poate fi o cerere mai directă ca: „Spuneți-mi mai multe despre tatăl dumneavoastră". Astfel de intervenții sunt frecvent utilizate atât în terapiile predominant expresive, cât și în cele predominant suportive.

Validarea empatică

Validarea empatică este o dovadă a ajustării empatice a terapeutului la starea internă a pacientului. Un comentariu tipic de validare ar fi: „Înțeleg de ce vă simțiți atât de deprimat în legătură cu aceasta" sau „Este dureros când sunteți tratat în acest mod". Din perspectiva psihologiei Sinelui, imersiunea empatică în experiența internă a pacientului este esențială, indiferent de locul pe care îl ocupă terapia în continuum-ul expresiv-suportiv (Kohut, 1984; Ornstein, 1986). Atunci când pacienții simt că terapeutul înțelege experiențele lor subiective, este mai probabil ca ei să accepte interpretările. Intervențiile afirmative (Killingmo, 1995) pot fi, de asemenea, ca o validare empatică. De exemplu, terapeutul unui pacient care a fost abuzat când era copil ar putea spune: „Aveți tot dreptul să fiți furios pe tatăl dumneavoastră".

Intervențiile psihoeducaționale

Intervențiile psihoeducaționale se referă la informația, împărtășită cu un pacient, bazată pe formarea și cunoștințele terapeutului. Un terapeut poate să explice, de exemplu, diferența dintre suferință și depresie.

Sfatul și lauda

Această categorie de sfat și laudă include două intervenții legate prin faptul că amândouă prescriu și încurajează anumite activități. Sfatul implică sugestii directe făcute pacientului referitor la modul în care să se comporte. Lauda întărește anumite comportamente ale pacientului, prin exprimarea unei aprobări deschise, legată de acestea. Un exemplu de sfat este: „Cred că nu ar trebui să mai ieșiți cu acest bărbat", iar un exemplu de laudă: „Sunt foarte mulțumit că ați putut să-i spuneți că n-o să vă mai întâlniți cu el". Aceste comentarii sunt la capătul opus, pe axă, față de intervențiile psihanalitice tradiționale, întrucât se îndepărtează de neutralitate și compromit, într-o oarecare măsură, autonomia pacientului în luarea deciziilor.

Majoritatea proceselor terapeutice conțin toate aceste intervenții, la un moment dat, în cursul tratamentului. Totuși o terapie este clasificată ca esențialmente expresivă sau suportivă în funcție de tipurile de intervenții care predomină. Aceste asocieri ale intervențiilor cu terapiile aflate pe continuum nu sunt totuși atât de rigide.

Pine (1986), precum și Horowitz et al. (1996) au promovat tehnicile suportive, pentru a „atenua șocul" interpretărilor, în cadrul terapiei suportive cu pacienți fragili. Werman (1984, p. 83) a propus să se efectueze „interpretări de jos în sus" ale comportamentului sau sentimentelor legate de transfer, pentru a face mai degrabă legătura dintre acestea și situația prezentă decât cu experiențele timpurii, prevenind astfel regresia la pacienții cu un Eu foarte fragil. Aceste intervenții sunt inversul interpretărilor clasice prin faptul că oferă explicații conștiente și nu inconștiente ale comportamentului și sentimentelor pacientului.

4.2.7 Transferul

Freud ținea mult la afirmația că un proces terapeutic este psihanalitic dacă se concentrează asupra transferului și rezistenței. Cu siguranță, toate formele de psihoterapie orientată dinamic acordă multă atenție transferului. Totuși, modul specific în care transferul este abordat (sau nu este abordat) variază considerabil, în funcție de dimensiunea expresiv-suportivă. În psihanaliza formală, sublinierea și înțelegerea transferului sunt foarte importante, deși analiștii contemporani vorbesc mai degrabă despre un set sau o serie de transferuri, decât despre transfer (Westen și Gabbard, 2002). Un terapeut poate întâlni transferuri de tip matern, patern și fratern, toate în tratamentul aceluiași pacient.

Atât psihanaliza, cât și psihoterapia expresivă utilizează interpretări extratransferențiale, precum și interpretări transferențiale. Psihoterapia este întru câtva mai limitată decât psihanaliza, prin faptul că se concentrează mai mult asupra naturii transferului legat de problemele prezente (Roskin, 1982). Totuși, în practica din zilele noastre, distincția dintre psihanaliză și psihoterapia expresivă este neclară, ele fiind greu de diferențiat.

După cum am notat în Capitolul 1, transferul este deseori considerat, actualmente, ca având o calitate bidimensională, care implică pe de-o parte o repetiție a experienței trecute cu obiecte anterioare și, pe de altă parte, căutarea unei noi experiențe cu un obiect sau obiect al Sinelui, care să fie reparatorie și corectivă pentru pacient. În plus, noțiunea de transfer ca distorsiune a devenit mai complexă. Terapeutul trebuie să evite o abordare „culpabilizantă" a interpretării transferului, întrucât pacientul poate răspunde în mod legitim la comportamente sau atitudini reale ale terapeutului. Terapeutul trebuie să fie mereu angajat în autoobservare, pentru a putea distinge aspectele transferențiale repetitive, care alcătuiesc un „model" și care provin din lumea interioară a pacientului, de contribuțiile reale care-i aparțin lui (terapeutului), la această interacțiune (Gabbard, 1996; Hoffman, 1998; Mitchell, 1997).

În terapiile desemnate ca predominant suportive, psihoterapeutul este implicat în același proces de monitorizare a dezvoltării transferului și a răspunsurilor contratransferențiale. Transferul este remarcat lăuntric de către terapeut, dar de obicei nu este abordat și interpretat față de pacient. Scopul tratamentului, atunci când terapeutul se abține de la interpretare, este de a provoca un transfer dependent pozitiv, fără ca acesta să fie analizat (Wallerstein, 1986). Acest atașament în transfer este mecanismul „curei transferențiale", caz în care pacientul se face mai bine pentru a-l mulțumi pe terapeut. Deși schimbările derivate din acest model au fost, tradițional, categorisite ca inferioare celor rezultate din rezolvarea conflictului, cercetarea a indicat că ele ar putea fi stabile și durabile (Horowitz, 1974; Wallerstein, 1986).

4.2.8 Rezistențele

După cum am notat în Capitolul 1, rezistențele se referă la apariția apărărilor caracteriologice ale pacienților, în cadrul relației terapeutice. În terapiile predominant expresive, analizarea și înțelegerea rezistențelor fac parte din munca de zi cu zi a psihoterapeutului. Dacă, de exemplu, un pacient întârzie mereu la ședințe sau tace mereu în timpul acestora, terapeutul va privi aceste rezistențe cu interes și curiozitate, în loc să le devalorizeze, considerându-le drept o atitudine sfidătoare și intenționată. Rezistențele nu sunt întâmpinate cu respingere sau cenzură. Din contră, terapeutul antrenează pacientul în înțelegerea originilor rezistențelor și apoi abordează rezistențele prin interpretare.

Rezistența legată de transfer este denumită *rezistența de transfer.* Aceasta implică interferențe cu travaliul terapeutic, derivate din percepțiile transferențiale. De exemplu, un pacient se poate simți incapabil să vorbească despre fantasmele de masturbare, întrucât este convins că terapeutul dezaprobă masturbarea. Pentru a preveni o judecată negativă din partea terapeutului, pacientul alege tăcerea. În limbajul teoriei relațiilor de obiect, rezistența de transfer poate fi înțeleasă ca tendință inconștientă a pacientului de a se agăța cu tenacitate de o anume relație internă de obiect. Aceasta se poate manifesta ea însăși ca un impas terapeutic, în care pacientul se relaționează cu terapeutul ca și cum terapeutul ar fi mereu altcineva.

Cei care se formează în psihanaliză și psihoterapie psihanalitică au pus deseori următoarea întrebare: „Rezistență la ce?". Friedman (1991) a remarcat că adevărata semnificație a rezistenței constă în faptul că sentimentele asociate cu ea pot obliga pacientul să adopte o acțiune lipsită de reflecție, în loc de una de observare și reflecție. El a arătat că rezistența se dezvoltă față de o atitudine psihică particulară, pe care o descrie ca „o activare conștientă simultană a dorințelor refulate și o

contemplare la rece a semnificațiilor acestora, astfel încât ele sunt trăite atât ca dorințe, cât și ca trăsături obiective ale Sinelui aflat în conflict" (p. 590). Mai mult, accentul care se pune în prezent pe intersubiectivitate arată, de asemenea, că rezistențele pacientului pot fi însoțite de o contrarezistență în terapeut, care se poate lovi de dificultățile pacientului de a realiza un spațiu de reflecție necesar tratamentului psihanalitic.

În Capitolul 2, am vorbit despre perspectiva diferită asupra rezistențelor pe care o au adepții psihologiei Sinelui. Ei privesc rezistențele drept activități psihice sănătoase, care păzesc dezvoltarea Sinelui (Kohut, 1984). În loc să interpreteze rezistențele, ei dovedesc empatie pentru nevoia pacienților de a se apăra. Acest punct de vedere este în concordanță cu îngrijorarea lor că abordarea clasică, de căutare a conținutului aflat la baza rezistenței, are conotații moralizatoare. Totuși această abordare empatică i-a făcut pe unii analiști să privească tehnica psihologiei Sinelui ca fiind fundamental suportivă. Trebuie, de asemenea, reținut că tehnica analitică clasică nu presupune un atac „insensibil" asupra rezistențelor, ci, mai degrabă, se referă la examinarea cu răbdare și la încercarea de a înțelege rezistențele.

După cum se deduce din comentariile anterioare referitoare la psihologia Sinelui, rezistențele sunt privite ca esențiale și adaptative, în contextul psihoterapiei predominant suportive. Rezistențele sunt adesea manifestări ale structurilor defensive, care au nevoie să fie întărite ca parte a terapiei. Terapeutul ar putea chiar încuraja rezistența, indicându-i pacientului că anumite subiecte sunt prea dureroase pentru a fi discutate și ar trebui amânate, până într-un moment mai favorabil. În mod similar, mecanismele de amânare pot fi întărite, pentru a susține un Eu fragil, hărțuit constant de impulsuri. Atunci când acțiunile unui pacient elimină verbalizarea sentimentelor dureroase, ca în acting out, terapeutul poate fi obligat să pună limite unui comportament autodistructiv, mai degrabă decât să interpreteze rezistența la comunicare, ca în cadrul tratamentului expresiv. Punerea acestor limite poate implica spitalizarea sau insistența ca pacientul să-i predea terapeutului droguri ilegale.

4.2.9 Perlaborarea

Interpretările rezultă rareori în răspunsuri ca „Aha!" și vindecări spectaculoase. De obicei, ele sunt îndepărtate de forța rezistențelor și necesită repetiții frecvente din partea terapeutului, în diferite contexte.

Această interpretare repetitivă a transferului și rezistențelor, până când insight-ul a devenit pe deplin integrat în planul conștient, este cunoscută drept perlaborare. Deși eforturile terapeutului sunt necesare,

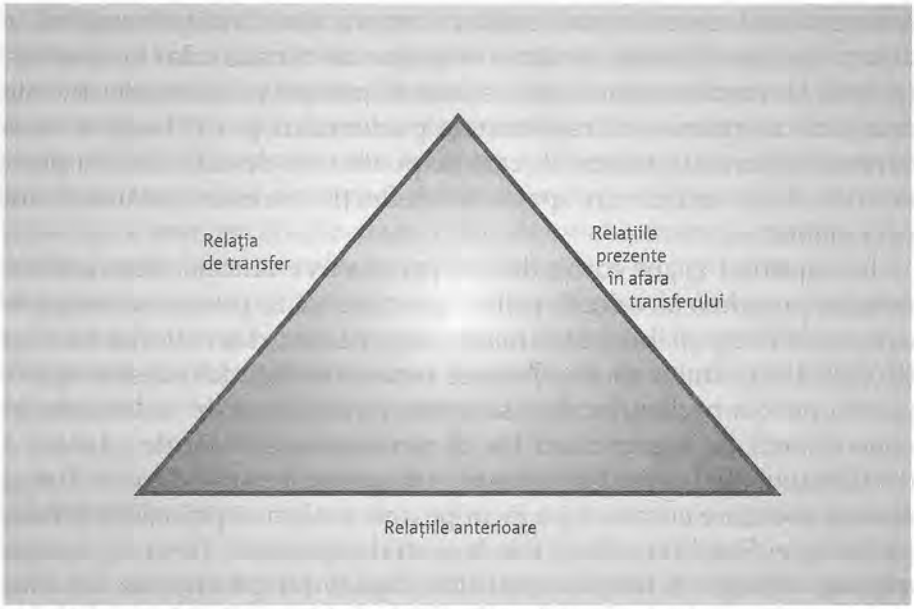

Figura 4–2. Triunghiul insight-ului (modelat după Menninger, 1958).

pacientul participă la travaliu, prin acceptarea și integrarea insight-urilor terapeutului, între ședințele propriu-zise (Karasu, 1977). Triunghiul insight-ului (Menninger, 1958) este un model conceptual util pentru procesul de perlaborare (vezi figura 4–2). Pe parcursul psihoterapiei, terapeutul remarcă anumite modele: 1) în relațiile exterioare ale pacientului și apoi le leagă de 2) modele transferențiale și de 3) relații anterioare cu membrii familiei. În final, pacientul devine conștient de aceste legături inconștiente. Aceste modele pot fi urmărite, de-a lungul terapiei, pe măsură ce se relaționează cu cele trei laturi ale triunghiului și pot fi indicate pacientului de fiecare dată când apar. Treptat, pacientul observă un model care apare în repetate rânduri, în diferite situații, iar acesta îi devine astfel mai puțin străin. Pacientul va câștiga în acest fel o mai mare capacitate de control asupra modelului.

Același concept poate fi reformulat în termenii teoriei relațiilor de obiect. În cadrul transferului, al relațiilor extratransferențiale curente și al amintirilor legate de relațiile din trecut, apar constelații recurente Sine–obiect–afect. În termenii psihologiei Sinelui, modelul pacientului poate fi expectația de a se oglindi sau nevoia de a-i idealiza pe ceilalți. Totuși, indiferent de teoria la care se recurge, toate școlile de gândire consideră că retrăirea în cadrul transferului a acestor modele relaționale centrale este extrem de importantă pentru obținerea unui rezultat pozitiv. Acest proces de elaborare se aplică aproape în exclusivitate tratamentelor cu o componentă expresivă semnificativă — este rareori utilizat pentru a caracteriza procese predominant suportive.

4.2.10 Utilizarea viselor

În psihanaliză și în formele predominant expresive de psihoterapie, interpretarea viselor este considerată drept „calea regală" către înțelegerea inconștientului (Freud, 1900/1953, p. 608). Asociațiile pe care le face pacientul cu elementele visului sunt utilizate pentru a înțelege conținutul latent sau ascuns al visului, care se află în spatele conținutului manifest sau de la suprafață. Simbolurile din vis pot fi apoi interpretate, pentru a ajuta pacientul să înțeleagă în și mai mare măsură indiciile inconștiente din vis.

În psihoterapiile de la polul suportiv al continuum-ului, terapeutul ascultă cu atenție visul pacientului și îl ia în considerare, cum ar face un terapeut de orientare expresivă. Însă terapeutul se limitează la interpretări mai puțin profunde (Werman, 1984, p. 83), care ajută pacientul să asocieze visul cu sentimente și atitudini conștiente față de terapeut ca persoană reală, precum și cu alte situații din viața reală. Asociațiile libere cu elementele visului nu sunt încurajate, întrucât ar putea duce la o și mai mare regresie.

Între cei doi poli ai continuum-ului suportiv-expresiv, este loc și pentru o interpretare selectivă a viselor, în care terapeutul face legătura dintre vis și elemente conștiente sau inconștiente dintr-un sector limitat al vieții psihologice a pacientului. Accentul se pune mai mult pe suprafața psihologică, decât pe profunzimea inconștientului și se adaptează scopurilor specifice ale psihoterapiei (Werman, 1978).

4.2.11 Alianța terapeutică

Freud (1913/1958) a fost conștient de faptul că pacienții nu ar putea utiliza interpretările dacă nu s-ar stabili, mai înainte, o relație adecvată. Această legătură relativ neconflictuală și rațională, pe care pacientul o are cu analistul, a fost denumită de către Greenson (1965/1978) *alianță terapeutică*. Ea presupune capacitatea pacientului de a colabora în mod productiv cu terapeutul, întrucât acesta este perceput ca un profesionist care îl ajută, având intenții bune. Relațiile pacientului cu părinții săi pot prezice natura alianței terapeutice cu analistul (Lawson și Brossart, 2003).

Eforturile majore depuse în studierea alianței terapeutice au confirmat influența acesteia asupra procesului și rezultatului psihoterapiei (Frieswyk et al., 1986; Hartley și Strupp, 1983; Horvath și Symonds, 1991; Horwitz, 1974; Horwitz et al., 1996; Lawson și Brossart, 2003; Luborsky et al., 1980; Martin et al., 2000; Marziali et al., 1981). În mare parte, cercetarea arată că tăria alianței terapeutice este un factor dominant în prognosticul unei palete largi de terapii (Bordin, 1979; Hartely și Strupp, 1983; Horwath și Symonds, 1991; Lawson și Brossart, 2003;

Luborsky et al., 1980; Martin et al., 2000). Aceste studii indică, de asemenea, că natura alianței terapeutice în faza inițială a psihoterapiei ar putea fi cel mai bun indicator pentru prognosticul acelei terapii.

O concluzie a acestei vaste cercetări este că în toate psihoterapiile, indiferent de locul pe care îl ocupă pe continuum-ul expresiv-suportiv, terapeuții trebuie să fie atenți, de la început, la stabilirea și menținerea alianței terapeutice. Această preocupare nu necesită apariția unui transfer pozitiv, care nu va permite exprimarea sentimentelor negative. Mai degrabă, terapeutul trebuie să ajute pacientul să identifice scopurile tratamentului și apoi să se alieze cu aspectele sănătoase ale Eului pacientului, care se străduiește să atingă aceste scopuri. Pacientul îl va percepe atunci pe terapeut ca pe un colaborator, care lucrează *cu* el și nu *împotriva* lui. Atunci când lucrează, într-un mod mai suportiv, cu pacienții cu un Eu fragil, terapeuții constată că alianța este mai greu de dezvoltat și menținut (Horwitz et al., 1996). De exemplu, reacțiile transferențiale haotice ale pacienților borderline interferează cu formarea unei alianțe, și va fi o realizare terapeutică majoră pentru pacient să reușească, în final, să perceapă terapeutul ca pe o persoană care îl ajută și colaborează în vederea unui țel comun (Adler, 1979).

4.2.12 Mecanismele schimbării

Mecanismul schimbării în formele mai expresive ale psihoterapiei depinde, parțial, de scopurile tratamentului. Astfel, părerile referitoare la mecanismele schimbării variază în funcție de scopurile tratamentului. Insight-ul și experiențele relaționale vindecătoare, considerate, în trecut, a se exclude reciproc, sunt acum privite ca procese compatibile, care acționează sinergic în vederea schimbării terapeutice (Cooper, 1992; Jacobs, 1990; Pine, 1998; Pulver, 1992). Cu alte cuvinte, o relație terapeutică nu va fi susținută, probabil, dacă nu există insight legat de ceea ce se întâmplă în relație. Pe de altă parte, relația în sine poate contribui la înțelegerea prin interpretare a dinamicii pacientului.

Există și o mai mare recunoaștere a modalităților multiple de acțiune terapeutică, variabile în funcție de pacient. Blatt (1992, 2004) a identificat două tipuri de pacienți, care se schimbă în feluri diferite. Pacienții *introiectivi* sunt axați pe gândire și preocupați mai degrabă de stabilirea și menținerea unui concept de sine viabil, decât de stabilirea intimității în aria interpersonală. Ei par să răspundă mai bine la insight, prin intervenția interpretărilor. Pe de altă parte, pacienții *anaclitici* sunt mai preocupați de problemele relaționale decât de cele legate de dezvoltare și beneficiază mai mult de calitatea relației terapeutice decât de interpretare.

Pacienții se schimbă în diferite feluri, folosind mecanisme terapeutice variate. Progresele recente în domeniul neuroștiințelor cognitive ne ajută să înțelegem modul în care apar schimbările și ce pot face terapeuții pentru a facilita schimbarea (Gabbard și Westen, 2003). Legăturile dintre rețelele asociative sunt modificate ca rezultat al terapiei, astfel încât, după terapie, reprezentarea unei figuri de autoritate, de exemplu, nu va declanșa aceeași reacție emoțională ca înainte. Mai mult, legăturile asociative, care erau slăbite, se întăresc. Pe scurt, schimbările durabile necesită o dezactivare relativă a legăturilor problematice în rețelele activate, asociate cu o activare crescută a unor conexiuni noi, mai adaptative. Aceste alternanțe în rețelele asociative ar putea fi facilitate de diferite tehnici. Terapeutul ar putea indica diferențele dintre modurile în care pacienții se văd pe ei înșiși, atitudinile conștiente față de ei înșiși, precum și felul în care tolerează sentimentele și devin conștienți de acestea. Terapeuții pot aborda, de asemenea, frecvența și intensitatea stărilor emoționale conștiente și pot să-i ajute pe pacienți să-și examineze stilurile conștiente de adaptare (Gabbard, 2004; Gabbard și Westen, 2003).

În plus, prin interpretări, terapeuții oferă insight față de o gamă largă de evenimente psihice, care sunt legate între ele: temeri, fantasme, dorințe, expectații, apărări, conflicte, transferuri și modele relaționale. Terapeuții pot, de exemplu, să indice modul în care o problemă curentă cu un șef este legată de probleme din trecut cu unul din părinți. Un astfel de insight poate servi, de asemenea, la modificarea conexiunilor dintre nodurile unei rețele neuronale.

În afară de interpretare, terapeuții asigură o perspectivă din exterior. Ei arată cum anumite modele caracteristice pacientului reflectă conflictul emoțional și frământarea din acesta. Această funcție a psihoterapeutului este similară situației în care pacientul se poate observa pe o înregistrare video și constata cum se relaționează cu ceilalți. Indiferent cât de inteligent sau capabil de insight este un pacient, terapeutul are întotdeauna o perspectivă exterioară — care este diferită de cea a pacientului (Gabbard, 1997). Fonagy (1999) sublinia faptul că o cale importantă spre schimbarea terapeutică este dezvoltarea capacității pacientului de a se „regăsi pe sine" în mintea terapeutului. Prin comentariile asupra sentimentelor și comunicărilor nonverbale, care sunt remarcate doar de terapeut, pacientul poate începe să asambleze un portret al său, bazat pe observațiile terapeutului. Modelele implicite devin astfel mai accesibile pentru reflecția conștientă.

O altă modalitate majoră de acțiune terapeutică se bazează pe elementele relației terapeutice propriu-zise, care nu implică un insight sau o înțelegere specifică. Pacienții trăiesc un tip nou de relație, care poate duce la internalizarea atitudinilor emoționale ale terapeutului și la identificarea cu modul terapeutului de a aborda problemele. În plus,

terapeutul poate fi internalizat ca o prezență internă, care-i asigură pacientului alinare și confort. Funcția terapeutului ca persoană care conține și prelucrează interacțiunile semnificative este, de asemenea, internalizată, ca rezultat al terapiei.

Pe lângă tehnicile care sunt menite să încurajeze insight-ul și cele care derivă din relația terapeutică, există strategii secundare, care pot fi utile în procesul schimbării. Printre acestea se numără utilizarea sugestiei implicite sau explicite, confruntarea cu convingerile care sunt nefuncționale, examinarea metodelor pacientului de rezolvare a problemelor, moduri de autodezvăluire care îl ajută pe pacient să înțeleagă impactul pe care îl are asupra celorlalți și afirmarea sau validarea experienței pacientului (Gabbard și Westen, 2003).

În analiza efectuată de Wallerstein (1986) asupra datelor Proiectului de cercetare în psihoterapie al Fundației Menninger, el a constatat că schimbarea produsă de măsurile predominant suportive implică o varietate de mecanisme. A fost deja menționată cura transferențială conectată cu transferul dependent pozitiv neanalizat. O variantă este „terapia pe viață", care duce la pierderea a ceea ce s-a câștigat dacă se încearcă terminarea, dar care asigură un nivel înalt de funcționare, pentru pacient, atâta timp cât contactul cu terapeutul continuă pe o perioadă nedefinită. Mulți pacienți sunt capabili să reducă acest contact la o dată pe lună sau mai puțin, dar au tendința să se decompenseze dacă se vorbește de încheiere. Un alt mecanism suportiv al curei este „transferul transferului", în care dependența pozitivă de relația terapeutică este transferată unei alte persoane, de obicei partenerul de viață. Alt mecanism este denumit „cura antitransferențială" și implică schimbarea prin înfruntare și recurgere la acting-out împotriva terapeutului. Alți pacienți din eșantionul lui Wallerstein s-au schimbat prin intermediul unei variante de experiență emoțională corectivă, în care comportamentul pacientului legat de transfer a fost întâmpinat de terapeut cu o atitudine fermă, fără să fie judecat. În sfârșit, anumiți pacienți par să beneficieze de un tratament suportiv conceput pentru a oferi sfaturi directe, de asemenea, fără să fie judecați. Wallerstein a numit acest proces „testarea realității și reeducare".

Interacțiunile dintre terapeut și pacient, indiferent de psihoterapie, sunt însoțite de conexiuni interactive și afective inconștiente, care au fost denumite de Lyons-Ruth et al. (1998) *cunoaștere relațională implicită*. Această cunoaștere poate să apară în momentele de întâlnire dintre terapeut și pacient, care nu sunt reprezentate simbolic sau inconștiente dinamic, în sensul obișnuit. Cu alte cuvinte, anumite schimbări, în cursul tratamentului, apar în aria cunoașterii procedurale și implică modul de a acționa, simți, gândi, într-un context relațional particular.

Momentele specifice de recunoaștere reciprocă — o privire, un pic de umor împărtășit, un sentiment de implicare intensă — pot fi ținute

minte mult timp după ce interpretările specifice sunt uitate. Psihoterapia poate fi privită ca o nouă relație de atașament, care restructurează memoria implicită legată de atașament. Prototipurile înmagazinate sunt modificate de interacțiuni noi cu un terapeut angajat afectiv (Amini et al., 1996). În același timp, memoria explicită, care implică o relatare conștientă, este modificată de înțelegerea prin interpretare.

O altă implicație a acestui model de acțiune terapeutică este că acest continuum al intervențiilor expresiv-suportive, descris în figura 4–1, nu poate explica toate schimbările terapeutice. Multe momente de întâlnire dintre terapeut și pacient au loc în afara tărâmului „tehnicii" (Stern et al., 1998). Răspunsurile umane, spontane ale terapeutului pot avea un impact terapeutic puternic.

4.2.13 Terminarea

Psihoterapeuții trebuie să se resemneze cu faptul că viața lor profesională este marcată de pierderi continue. Pacienții intră în viața lor, le împărtășesc gândurile și sentimentele cele mai intime, iar apoi nu mai aud nimic despre aceștia. Întrucât pierderea este o experiență neplăcută pentru noi toți, terminarea unui proces psihoterapeutic aduce cu sine vulnerabilitatea la acting-out, legat de transfer și contratransfer. Deși, în mod ideal, terminarea se stabilește de comun acord și este programată, jumătate sau mai mult dintre pacienții din ambulatoriu întrerup prematur tratamentul (Baekeland și Lundwall, 1975) și mai puțin de 20% dintre pacienții din centrele de sănătate mintală trec printr-un proces de terminare negociat reciproc (Beck et al., 1987).

Terminarea poate avea loc dintr-o varietate de motive. Poate fi impusă de circumstanțe exterioare din viața terapeutului sau a pacientului. Companiile de asigurări sau firmele de management al îngrijirilor pot dicta această încheiere. Propriile resurse financiare ale pacientului pot fi epuizate. Pacientul poate pleca în mod abrupt și să refuze să se întoarcă, întrucât este nemulțumit de terapeut sau din cauza anxietății legate de un anumit subiect. Terapeutul poate să considere că s-a obținut un beneficiu maxim și să recomande terminarea, iar pacientul poate să fie de acord cu o anumită dată de încheiere.

Indicațiile pentru terminare nu sunt absolute, dar o regulă bună este aceea că pacientul este gata să se oprească atunci când sunt atinse scopurile psihoterapiei. Simptomele inițiale au fost eliminate sau ameliorate, Supraeul a fost modificat, relațiile interpersonale ale pacientului au fost schimbate, iar pacientul poate resimți un alt grad de independență. Un alt indicator util este faptul că pacientul este capabil să recunoască și să examineze de unul singur conflictele și astfel să continue un proces de autoanaliză, fără terapeut (Busch, 1995; Dewald,

1971). În cazurile de psihoterapie predominant suportivă printre indicații se numără o stabilitate în funcționarea pacientului, o răsturnare a oricărui proces de regresie și o ameliorare globală a simptomelor. Totuși, clinicienii trebuie să recunoască întotdeauna faptul că un anumit procent de pacienți cu tulburări severe are nevoie de continuarea terapiei, cu frecvență redusă, pe o perioadă nedefinită (Gabbard și Wilkinson, 1994; Wallerstein, 1986).

Din momentul în care terapeutul și pacientul s-au pus de acord cu o dată pentru terminare, pot să apară anumite manifestări legate de transfer. O parte din simptomele inițiale pot să apară din nou (Dewald, 1971; Roth, 1987). Transferul negativ poate să iasă la iveală pentru prima dată atunci când pacientul realizează că terapeutul nu va fi acolo pentru totdeauna. Terapeuții trebuie să-i asiste pe pacienții lor în procesul de doliu al fantasmei gratificării finale în transfer. În tratamentele suportive, terapeutul trebuie să insiste pe continuarea unei relații pozitive și să evite apariția unui transfer negativ, care nu poate fi rezolvat (Dewald, 1971). Datorită provocărilor formidabile cărora terapeutul trebuie să le facă față în timpul procesului de terminare, mulți terapeuți preferă să continue cu aceeași frecvență a ședințelor, până la sfârșit. Alții „înțarcă" pacientul, scăzând treptat frecvența ședințelor.

Când un pacient încheie terapia în mod unilateral, terapeutul trebuie să facă față sentimentului că l-a dezamăgit întru câtva pe pacient. În astfel de situații, terapeuții trebuie să-și aducă aminte că pacientul are întotdeauna privilegiul de a încheia tratamentul și că astfel de încheieri pot avea, până la urmă, rezultate bune. Pe de altă parte, terapeuții pot să-i ajute doar pe acei pacienți care doresc să fie ajutați și care doresc să colaboreze într-un asemenea proces. Fiecare terapeut are eșecuri, iar limitele iscusinței sale trebuie recunoscute și acceptate.

În cazurile în care terminarea este decizia unilaterală a terapeutului, apare alt set de probleme. Atunci când terminarea este impusă de cerințele formării de a face rotație în altă clinică, terapeutul în formare ar putea încerca să evite discutarea procesului de terminare, din cauza sentimentelor de vinovăție. Unii terapeuți vor evita chiar și anunțarea pacienților despre plecarea lor, până în ultimul moment. În general, indiferent de constrângerile externe care acționează asupra duratei procesului, pacienții trebuie să fie informați cât mai devreme posibil, astfel încât reacțiile lor să poată fi incluse în tratament. Când un terapeut trebuie să încheie tratamentul din motive exterioare, pacienții au deseori sentimentul că a fost recreată natura arbitrară a anumitor relații parentale (Dewald, 1971). Indiferent de impactul asupra pacientului, este esențial ca reacțiile acestuia să fie explorate în detaliu, chiar dacă terapeutului îi este greu să facă față furiei și resentimentelor pacientului. (Pentru o discuție mai amplă a fenomenelor complexe din jurul terminării, vezi Gabbard, 2004.)

4.2.14 Indicații pentru un accent expresiv sau suportiv în psihoterapie

Înainte de a lua în considerare indicațiile referitoare la orientarea procesului terapeutic înspre capătul expresiv sau suportiv al continuum-ului, terapeuții trebuie să înțeleagă că este, în cel mai bun caz, lucru incert să poți prevedea cine va răspunde la ce fel de psihoterapie. Există anumite indicații în literatură că pacienții mai sănătoși evoluează mai bine în psihoterapie, decât cei cu afecțiuni mai severe (i.e., cei bogați se îmbogățesc [Luborsky et al., 1980]). Un studiu efectuat asupra celor care vor putea beneficia de psihoterapie (Luborsky et al., 1988) a ajuns la concluzia că atât o relație pozitivă la început, cât și congruența dintre tema relației conflictuale centrale și conținutul interpretărilor au fost factori de prognostic pozitiv. Tăria alianței terapeutice, în prima sau a doua ședință, poate fi cel mai bun indicator al rezultatului, conform unei cercetări empirice asupra acestui subiect (Horvath și Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Morgan et al., 1982). Totuși această variabilă este afectată în mare măsură de potrivirea dintre pacient și terapeut, care este aproape imposibil de cuantificat. Kantrowitz (1987) a arătat, în cadrul unui studiu pe 22 de pacienți în analiză, că indiferent cât de sofisticate sunt testele psihologice, nu se poate estima într-un mod demn de încredere indicația pentru psihanaliză.

În ciuda acestor neajunsuri, este totuși posibil să se schițeze anumite caracteristici ale pacientului, care îl pot ajuta pe clinician să decidă ce fel de psihoterapie este indicată — predominant expresivă sau predominant suportivă (tabel 4–1). Indicațiile pentru un tip predominant expresiv, cum este psihanaliza, includ 1) o motivație puternică de a se înțelege pe sine, 2) o suferință care interferează cu viața într-o astfel de măsură încât pacientul se simte motivat să suporte rigorile tratamentului, 3) capacitatea nu doar de a regresa și a renunța la controlul asupra sentimentelor și gândurilor, ci și de a recâștiga rapid controlul și de a reflecta asupra acelei regresii (regresia în serviciul Eului) (Greenson, 1967), 4) toleranța la frustrare, 5) capacitatea de insight sau gândirea orientată psihologic, 6) capacitatea intactă de testare a realității, 7) relații de obiect semnificative și durabile, 8) un control rezonabil de bun asupra impulsurilor și 9) capacitatea de a păstra un serviciu (Bachrach și Leaff, 1978). Într-un tratament expresiv este, de asemenea, de bun augur când pacientul are capacitatea de a gândi în termeni de metaforă și analogie, adică sesizează faptul că o serie de circumstanțe poate fi similară cu o alta. În sfârșit, răspunsurile gândite la tentativele de interpretare, din timpul perioadei de evaluare, sugerează că terapia expresivă este adecvată.

Două indicații generale pentru psihoterapia suportivă sunt fragilitatea sau defectele cronice ale Eului și regresia la o persoană sănătoasă,

Tabel 4–1. Indicații pentru un accent expresiv sau suportiv în psihoterapie.

Expresiv	Suportiv
Motivație puternică de a înțelege	Defecte semnificative de natură cronică ale Eului
Suferință semnificativă	Crize existențiale severe
Capacitate de a regresa în serviciul Eului	Slabă toleranță la anxietate
Toleranță la frustrare	Toleranță slabă la frustrare
Capacitate de insight (gândire orientată psihologic)	Lipsa gândirii orientate psihologic
Capacitate intactă de testare a realității	Capacitate slabă de testare a realității
Relații de obiect semnificative	Relații de obiect grav alterate
Control bun asupra impulsurilor	Control slab asupra impulsurilor
Capacitatea de a păstra un serviciu	Inteligență redusă
Capacitatea de a gândi în termeni de analogie și metaforă	Capacitate slabă de autoobservare
Răspunsuri gândite la tentativele de interpretare	Disfuncție cognitivă de origine organică
	Capacitate slabă de formare a unei alianțe terapeutice

care traversează o situație de criză severă (Wallerstein, 1986; Werman, 1984). Prima indicație poate include probleme ca afectarea capacității de testare a realității, un control slab al impulsurilor și o toleranță slabă la anxietate. Alte situații în care se recomandă psihoterapia predominant suportivă sunt disfuncțiile cognitive de origine organică și lipsa gândirii orientate psihologic. Pacienți cu tulburări severe de personalitate, care sunt înclinați mai degrabă către acting-out, ar putea avea nevoie de măsuri suportive (Adler, 1979; Luborsky, 1984). Alți pacienți care beneficiază mai mult de o abordare predominant suportivă sunt cei care au relații de obiect grav alterate și o slabă capacitate de a forma o alianță terapeutică. Persoanele care sunt în mijlocul unei crize existențiale, cum ar fi divorțul sau moartea unui partener de viață sau a unui copil, sau care sunt afectate de o catastrofă, ca de exemplu o inundație sau tornadă, sunt rareori potriviți pentru o abordare expresivă sau exploratorie, întrucât Eul lor poate fi copleșit de psihotrauma recentă. Totuși, după ce încep un proces suportiv, acești pacienți se vor orienta, uneori, spre o terapie expresivă.

Deși aceste indicații se adresează celor două extremități ale continuum-ului expresiv-suportiv, majoritatea pacienților vor prezenta un amestec de indicații, unele care arată către direcția expresivă, iar altele către direcția suportivă. Terapeutul trebuie să evalueze continuu în ce mod — și când — să adopte o atitudine suportivă sau expresivă, pe măsură ce procesul înaintează. Mai mult, într-un studiu longitudinal

prospectiv naturalist (Scheidt et al., 2003), investigatorii au constatat că în practica privată a psihoterapiei psihodinamice diagnosticul psihiatric și severitatea simptomelor au o contribuție redusă la decizia de a accepta un pacient pentru tratament. Răspunsul emoțional al terapeutului față de pacient și motivația pacientului erau cei mai importanți factori care determinau selectarea celor care vor beneficia de terapie dinamică.

4.3 Psihoterapia scurtă

În ultimii 20 de ani a existat un mare interes și s-a scris mult referitor la formele de psihoterapie scurtă, derivată din principiile psihanalitice. S-au efectuat comparații sofisticate din punct de vedere metodologic cu alte modalități de tratament, care au demonstrat că psihoterapia dinamică scurtă este la fel de utilă ca și alte forme de psihoterapie (Crits-Cristoph, 1992). Un număr de materiale excelente oferă indicații detaliate pentru clinicieni (Book, 1998; Budman, 1981; Davanloo, 1980; Dewan et al., 2004; Garfield, 1998; Gustafson, 1986; Horowitz et al., 1984a; Malan, 1976, 1980; Mann, 1973; Sifneos, 1972). Există, de asemenea, câteva articole exhaustive, de sinteză, care realizează o comparație între abordări, încercând să le integreze (Gustafson, 1984; MacKenzie, 1988; Ursano și Hales, 1986; Winston și Muran, 1996). În ciuda variațiilor și diferitelor abordări, există arii evidente de consens privind practica psihoterapiei de scurtă durată. Această scurtă discuție pune accentul pe acele puncte de înțelegere.

4.3.1 Indicații și contraindicații

Din multe puncte de vedere, indicațiile pentru psihoterapia dinamică scurtă de orientare expresivă sunt asemănătoare celor pentru psihoterapia expresivă de lungă durată. Cele mai importante criterii de selecție sunt: 1) capacitatea de insight sau gândire orientată psihologic, 2) nivel înalt de funcționare a Eului, 3) motivația puternică de a se înțelege pe sine, care depășește simpla ameliorare a simptomelor, 4) capacitatea de a forma relații profunde (în mod particular, o alianță inițială cu terapeutul) și 5) capacitatea de a tolera anxietatea. În vederea selectării pacienților pentru psihoterapie scurtă, trebuie să se țină seama de un punct adițional esențial, și anume, problema concentrării. În virtutea faptului că este scurtă, psihoterapia limitată în timp trebuie să fie centralizată, spre deosebire de întinderea psihanalizei și a psiho-

terapiei predominant expresive, care este nedelimitată. Astfel, pentru a iniția o terapie scurtă, terapeutul și pacientul trebuie să identifice nucleul dinamic al problemei din prima sau a doua ședință de evaluare. În sfârșit, terapia scurtă poate fi de mare ajutor pentru indivizii relativ normali, care trec printr-o perioadă de tranziție în cadrul dezvoltării, cum ar fi să plece de acasă, să schimbe serviciul, să aibă primul copil.

Contraindicațiile includ aceiași factori ca și pentru psihoterapia de lungă durată de orientare expresivă. Ele cuprind însă și alte elemente, care nu constituie neapărat contraindicații în tratamentul pe termen lung. Dacă un pacient nu poate delimita problema la un nucleu dinamic, psihoterapia scurtă este contraindicată. Nu ne putem aștepta ca tulburările de personalitate, care sunt abordabile prin terapii expresive de mai lungă durată, să răspundă la terapia de scurtă durată, decât atunci când pacientul se prezintă cu o plângere legată de o anumită situație, cum ar fi doliul, și numai dacă scopurile sunt limitate la această problemă temporară (Horowitz et al., 1984a). Deși unii autori exclud pacienții cu fobie sau obsesii cronice, Davanloo (1980) consideră pacienții cu astfel de simptome ca adaptabili la stilul său de psihoterapie scurtă.

Cercetarea empirică a confirmat că rezultatele bune în psihoterapia dinamică scurtă depind de selecția atentă a pacienților. Calitatea relațiilor de obiect este unul dintre cei mai buni indicatori ai prognosticului (Hoglend, 2003; Piper et al., 1990). Exprimat în mod simplu, cei care au capacitatea de a forma relații de obiect mai mature au șanse să obțină rezultate mai bune în urma tratamentului. Un alt studiu (Vaslamatzis et al., 1989) a arătat că există un procent mai mare de renunțare în rândul pacienților care nu erau cu adevărat potriviți pentru psihoterapia scurtă. Un al treilea proiect a demonstrat că pacienții aflați în doliu, care erau puternic motivați și mai bine organizați, au fost mai potriviți pentru terapia expresivă scurtă, în timp ce acei pacienți mai puțin motivați și cu o organizare mai slabă a conceptului de Sine au avut rezultate mai bune la abordările suportive (Horowitz et al., 1984b). Pacienții cu antecedente de relații interpersonale problematice sau cu un diagnostic de tulburare de personalitate nu sunt în general potriviți pentru terapia scurtă. Cercetarea arată că aceștia au nevoie de peste 35 de ședințe pentru a obține modificări dinamice care să fie stabile (Hoglend, 2003).

4.3.2 Numărul de ședințe

În funcție de autori, sunt recomandate diferite modalități de a stabili limita de timp în terapia scurtă. Mann (1973), care a considerat că acceptarea limitelor și renunțarea la expectațiile magice sunt esențiale

în procesul terapeutic, a insistat pentru un număr de 12 ședințe. Pe de altă parte, Davanloo (1980) a recomandat un număr mediu de 15–25 de ședințe, fără să stabilească o dată clară a terminării la începutul tratamentului. Deși și Sifneos (1972) a refuzat să stabilească un număr fix de ședințe, tratamentele sale se întindeau doar de-a lungul a 12–16 ședințe. Astfel, ca regulă generală, terapia scurtă durează cel puțin 2–3 luni și cel mult 5–6 luni și cuprinde un număr de 10–24 de ședințe.

4.3.3 Procesul terapeutic

Deși tehnicile asociate cu terapia de lungă durată sunt în mare măsură aplicabile în tratamentele scurte, cea mai evidentă diferență constă în faptul că procesul este mult mai accelerat. Terapeuții trebuie să-și formuleze ipoteza centrală mai rapid și să treacă la interpretarea rezistențelor la insight mai devreme și într-un mod mai agresiv. Autorii recurg la diferite grade de confruntare atunci când au de-a face cu rezistențele, dar toți sunt de acord că intensitatea procesului trezește anxietate. Gustafson (1984) a subliniat că această confruntare a rezistențelor cere un cadru de referință *empatic*, altfel pacientul se va simți atacat. Malan (1976) a recurs la triunghiul insight-ului propus de Karl Menninger și a arătat că prima sarcină a terapeutului este să facă legătura dintre problema centrală și modelele din relațiile anterioare, relațiile prezente, precum și din transfer. Un scurt exemplu va ilustra acest proces.

Dl B, un militar în vârstă de 35 de ani, s-a prezentat la terapie cu principala plângere: „Sunt prea dominator". El era căsătorit de 8 luni cu cea de-a doua soție, care, spunea el, se plângea deja de această trăsătură de caracter, la fel ca și prima lui soție. Dl B a intrat și a început să vorbească despre meciul de la care venea. El nu era de acord cu decizia arbitrului de a-l scoate din joc, dar a afirmat: „Nu te poți pune cu arbitrul. Ce spune, trebuie făcut. Ai probleme dacă te certi cu el". Mai târziu în timpul ședinței, el a vorbit despre tatăl său, care era locotenent-colonel în armată. L-a descris pe tatăl său drept o persoană arbitrară, care nu permitea negocierea. Pacientul a crezut întotdeauna că propriile sale opinii nu sunt apreciate de către tatăl său. Mai târziu, în timpul ședinței, dl B a spus: „Nu cred că 12 ședințe sunt suficiente. Dar bănuiesc că va trebui să ne limităm la acestea. Așa ați spus dumneavoastră".

În acest moment, terapeutul a avut o intervenție care a pus la un loc cele trei laturi ale triunghiului: „Se pare că experiențele dumneavoastră cu arbitrul, cu tatăl dumneavoastră și cu mine sunt similare — simțiți că noi luăm decizii arbitrare, iar dumneavoastră nu aveți nimic de spus". Apoi, terapeutul a putut formula o interpretare referitoare la modul în care pacientul și-a tratat atât prima, cât și cea de-a doua soție. Pacientul răsturna psihotrauma trăită în mod pasiv, în care se simțea

complet dominat de tatăl său, într-o experiență de dominare activă față de soția sa. El o domina pe ea, așa cum tatăl său îl dominase pe el.

Book (1998) a adaptat tema relației conflictuale centrale a lui Luborsky (1984) la procesul de psihoterapie dinamică scurtă. El a subliniat că terapeuții trebuie să identifice trei componente la pacient, cât mai repede posibil, în timpul fazei de evaluare: o dorință, un răspuns de la celălalt și un răspuns de la Sine. Pacientul va povesti situații, descriind episoade legate de relațiile sale în care aceste trei componente vor fi destul de curând evidente. Scopul terapiei scurte psihodinamice, în această formulare, este de a ajuta pacientul să-și actualizeze dorința, stăpânindu-și teama de reacția celorlalți. Acest control este sprijinit prin conceptualizarea răspunsului temut ca o formă de distorsiune de transfer.

O adaptare în general necesară atunci când se trece de la terapia dinamică de lungă durată la terapia dinamică scurtă este o mai judicioasă utilizare a interpretărilor legate de transfer. Unsprezece studii diferite au constatat o asociere negativă între interpretările de transfer frecvente și rezultatul pe termen scurt sau lung (Hoglend, 2003). Această indicație este doar un principiu general. O utilizare mai frecventă a interpretărilor de transfer ar putea fi mai productivă cu anumite subgrupe de pacienți, în funcție de caracteristicile clinice și de capacitatea de a lucra în transfer.

4.3.4 Psihoterapia suportivă scurtă

Există mult mai puține date în literatură asupra psihoterapiilor scurte, de natură suportivă. Indicația principală pentru psihoterapia suportivă scurtă o reprezintă o persoană relativ sănătoasă, care trece printr-o criză existențială specifică. Tehnicile utilizate sunt similare cu cele ale psihoterapiei suportive de lungă durată, mai precis, construirea Eului, facilitarea dezvoltării unui transfer pozitiv fără interpretarea acestuia și întărirea apărărilor anterioare adaptative, așa cum este ilustrat în următorul exemplu:

Dna C, o femeie de 52 de ani, a venit la consultație din cauza sentimentelor de vinovăție și anxietății legate de faptul că fiica ei, de 23 de ani, era gravidă fără să fie căsătorită. Psihiatrul a ascultat și a empatizat cu pacienta în legătură cu dificultatea părinților de a-și vedea copiii evoluând diferit față de ceea ce se așteptau. Pacienta a explicat că era atât de preocupată de vinovăția și anxietatea sa pricinuită de această situație, încât era incapabilă să se comporte ca de obicei la serviciu sau acasă. Medicul a încercat să întărească apărările obsesiv-compulsive, caracteristice dnei C, sugerându-i să-și stabilească o rutină clară acasă, pentru a-și putea îndeplini toate

îndatoririle uzuale. El a subliniat faptul că având mereu o ocupație dna C va putea să uite mai ușor de problema fiicei sale. Dna C a fost de acord cu această sugestie, iar la următoarea ședință părea să se simtă mai bine. În timpul acestei întâlniri psihiatrul a remarcat că dna C vorbea ca și când graviditatea fiicei sale ar fi fost responsabilitatea ei, a pacientei. Dna C a răspuns: „Vreți să spuneți că nu eu i-am desfăcut picioarele?". La care doctorul a răspuns: „Așa este. Nu dumneavoastră i-ați desfăcut picioarele". Pacienta a resimțit o mare ușurare la afirmația doctorului și i-a mulțumit pentru că i-a alinat sentimentul de culpabilitate. A telefonat săptămâna următoare și a spus că nu mai are nevoie să vină pentru că se simțea „100% mai bine".

În acest exemplu, psihiatrul a ajutat-o în primul rând pe pacientă să-și întărească apărările adaptative, încurajând-o să se întoarcă la orarul ei obișnuit. Apoi, el a utilizat transferul pozitiv al pacientei pentru a o absolvi de vină. Întrucât absolvirea a venit de la o figură de autoritate, pe care ea o privea cu respect, dacă nu chiar o idealiza, a avut un impact mult mai mare asupra ei, decât ar fi avut dacă și-ar fi spus singură acest lucru.

4.4 Psihoterapia de lungă durată *versus* psihoterapia scurtă

Decizia de a recomanda psihoterapie de lungă sau de scurtă durată este complexă. În mod clar, prezența sau absența unei probleme centrale este relevantă (Ursano și Dressler, 1974). Dacă plângerea pacientului este destul de circumscrisă, recomandarea unei psihoterapii scurte poate duce la mai puțină cheltuială și la mai puține inconveniente pentru pacient. De asemenea, într-un studiu asupra ratei de renunțare dintr-o clinică publică de sănătate mintală, pacienții cărora li s-a stabilit o durată clară a terapiei de la începutul tratamentului au renunțat într-un procent mai mic la tratament, decât cei cărora nu li s-a stabilit un moment de încheiere precis (Sledge et al., 1990). Totuși probleme caracterologice complexe pot interfera cu implementarea eficientă a unei abordări de „rezolvare rapidă". Într-o epocă în care durata terapiei este deseori determinată de alte instanțe, care se bazează pe considerente legate de cost, terapeuții trebuie să țină cont de faptul că mai puțin nu înseamnă neapărat mai bun. Într-o analiză riguroasă a relației doză–efect în psihoterapie, s-a demonstrat o relație pozitivă clară între „cantitatea" tratamentului și măsura beneficiului pacientului (Howard et al., 1986).

În sfârșit, există întotdeauna pericolul ca terapeuții să prescrie ceea ce ei consideră a fi necesar pentru pacient și nu ceea ce își dorește pacientul. Cere cumva pacientul o examinare și o restructurare funda-

mentală a personalității sau cererea sa se refere la o anumită problemă specifică? Pacientul trebuie, în mod evident, să fie un colaborator în determinarea tipului de tratament. Ar fi bine dacă ne-am aminti dictonul — atribuit lui Freud — că, într-un fel, pacientul are întotdeauna dreptate.

4.5 Eficacitatea psihoterapiei

Eficacitatea psihoterapiei individuale nu mai este pusă sub semnul întrebării. Există, în prezent, numeroase dovezi care arată că psihoterapia este un tratament eficient (Luborsky et al., 1975; Smith et al., 1980). De fapt, cercetarea arată că gradul schimbării provocat de psihoterapie se ridică la un nivel care ar justifica întreruperea unui experiment clinic, pe motiv că nu ar fi etic să nu li se ofere pacienților un tratament atât de eficient (Ursano și Silberman, 1994). O metaanaliză a eficienței psihoterapiei dinamice scurte (Crits-Cristoph, 1992) a constatat că în terapia dinamică scurtă, atunci când se examinează simptomele-țintă, pacientul obișnuit înregistrează o ameliorare față de 86% dintre pacienții din lotul de control de pe lista de așteptare. Într-o altă metaanaliză, Anderson și Lambert (1995) au constatat că tratamentele dinamice scurte „se dovedeau a fi mai eficiente decât tratamentele alternative la evaluarea de urmărire, atunci când se investiga personalitatea sau când evaluarea avea loc la 6 sau mai multe luni după încheierea tratamentului" (p. 512). Mai mult, trei studii semnificative au dovedit că interpretările corecte, concordante cu problemele centrale ale pacientului, sunt factori de prognostic pentru evoluția tratamentului atât în cadrul unei ședințe (Silberschatz et al., 1986), cât și în terapiile de scurtă durată (Crits-Cristoph et al., 1988) și în cele de lungă durată (Joyce și Piper, 1993). Un studiu referitor la terapia suportivă a examinat subiecții randomizați pentru acel tratament și a constatat că 6 din 10 subiecți, care au oferit date complete la evaluarea de urmărire la 6 luni, au dovedit o ameliorare semnificativă în privința problemelor interpersonale după 40 de săptămâni de terapie (Rosenthal et al., 1999).

Dovezile privind eficacitatea psihoterapiei psihanalitice de lungă durată sau a psihanalizei sunt mult mai reduse. Dacă s-ar aplica metodele standard de experiment clinic randomizat la psihoterapia psihanalitică extinsă, cercetarea ar fi extrem de costisitoare. Este, de asemenea, aproape imposibil de găsit un grup adecvat de persoane de control care să fie dispuse să aștepte, fără tratament, pe o perioadă de mai mulți ani, pentru a constata dacă problemele lor se vor remite cu trecerea timpului. În sfârșit, într-un studiu prospectiv pe termen lung,

rata renunțării ar putea fi prohibitivă. Într-un studiu axat pe terapia scurtă, o rată de renunțare de 10% de-a lungul a 16 săptămâni nu afectează excesiv analiza statistică. Dacă aceeași rată de renunțare ar apărea la fiecare 16 săptămâni, de-a lungul mai multor ani, ar fi devastator pentru un studiu pe termen lung. Dificultăți în interpretarea datelor ar fi create și de alte probleme care pot interveni: evenimente de viață, modificări ale medicației, tulburări de pe Axa I (Gunderson și Gabbard, 1999).

În ciuda tuturor acestor obstacole în realizarea unei cercetări riguroase privind terapia dinamică de lungă durată, există câteva studii care au recurs la o metodologie de control randomizat, ceea ce reprezintă „gold standard"-ul în cercetarea clinică. Pacienții cu tulburări de personalitate din grupul C, care au fost tratați prin terapie dinamică, cu o durată medie de 40,3 ședințe, au avut o evoluție substanțial mai bună decât grupul de control, alcătuit din pacienți de pe lista de așteptare (Winston et al., 1994). În alt studiu, la pacienți cu tulburări de personalitate din grupul C (Svartberg et al., 2004), 40 de ședințe de psihoterapie dinamică au produs ameliorări semnificative statistic, la toate evaluările, în timpul tratamentului și în perioada de urmărire de 2 ani. Celor care au beneficiat de terapie dinamică a continuat să li se amelioreze starea după terminarea tratamentului, ceea ce arată că pacienții au internalizat dialogul terapeutic și îl utilizează pentru a face față problemelor, pe măsură ce acestea apar. Heinicke și Ramsey-Klee (1986) au comparat terapia psihodinamică intensivă (de patru ori pe săptămână) cu terapia cu o singură ședință pe săptămână, la copiii cu dificultăți de învățare. Acest studiu randomizat s-a referit la un tratament cu o durată de peste un an. La evaluarea de urmărire, copiii care au avut ședințe de patru ori pe săptămână au dat dovadă de o ameliorare mult mai mare.

Experimentele randomizate controlate sunt deseori criticate întrucât pacienții sunt foarte selectați, nu prezintă comorbidități și sunt tratați într-un context extrem de sofisticat, care nu se corelează cu ceea ce se întâmplă în „lumea reală". Două studii diferite — unul în Statele Unite condus de *Consumer Reports* (*Rapoartele consumatorilor*): „Sănătatea mintală: Ajută oare terapia?" (1995) și unul în Germania utilizând o metodologie similară (Hartmann și Zepf, 2003) — au încercat să evalueze beneficiile psihoterapiei într-un cadru naturalist. Pacienților care au fost în psihoterapie li s-a distribuit un chestionar care să le permită să evalueze starea lor înainte și după tratament. În ambele studii, psihoterapia de lungă durată a produs semnificativ mai multe ameliorări decât terapia de scurtă durată. A existat, de asemenea, o relație strânsă între durata tratamentului și rata ameliorării. Așa cum s-a amintit deja, indicațiile pentru terapia scurtă sunt destul de reduse și majoritatea pacienților necesită mai mult decât o intervenție scurtă.

Pentru a fi siguri, sunt necesare mult mai multe cercetări asupra psihoterapiei psihodinamice de lungă durată (Gabbard et al., 2002). În mod special, sunt extrem de necesare experimentele controlate, axate pe tulburări specifice. Deși astfel de experimente sunt numeroase în literatura referitoare la terapia cognitivă scurtă, cei care au cercetat terapia psihodinamică au fost mai lenți. Cercetarea este, de asemenea, necesară pentru a identifica în mod clar indicațiile și contraindicațiile terapiei psihodinamice de lungă durată, pentru a defini trăsăturile care fac distincția dintre abordarea psihodinamică și alte metode și pentru a testa ce tip de pacienți vor beneficia, până la urmă, de un astfel de tratament (Gunderson și Gabbard, 1999).

5. Tratamente în psihiatria dinamică
Terapia de grup, terapia familială/maritală și farmacoterapia

5.1 Psihoterapia dinamică de grup

Noi toți trăim și muncim în cadrul unor grupuri. Psihoterapia de grup le oferă pacienților ocazia de a învăța cum funcționează în grupuri — rolurile pe care le joacă, expectațiile și fantasmele inconștiente pe care le au referitor la grupuri și obstacolele pe care le întâmpină în relațiile cu ceilalți, la serviciu și acasă. Dimensiunile unice ale experiențelor de grup pot fi explorate doar parțial în cadrul psihoterapiei individuale. Contextul socio-psihologic, în care se formează grupul, nu este valabil în terapia individuală (Rutan și Stone, 2001).

5.1.1 Aspecte unice ale experienței de grup

Multe dintre cunoștințele noastre referitoare la forțele care acționează într-un grup sunt derivate din lucrările lui Wilfred Bion (1961). După Primul Război Mondial, Bion a început să conducă experimente cu grupuri mici, la Clinica Tavistock. Concepția sa referitoare la grupuri se concentra în jurul observației lui că există două subgrupuri în fiecare grup: 1) „grupul de lucru" și 2) „grupul premisei de bază". Primul este implicat în sarcina de lucru a grupului, fiind construit pentru a îndeplini această sarcină. Totuși puține grupuri acționează rațional, pentru îndeplinirea scopurilor lor, fără interferența premisei de bază (Rioch 1970).

Premisa de bază se referă la fantasmele inconștiente care determină grupul să se comporte într-o manieră de „ca și cum" (Rioch, 1970). Cu alte cuvinte, membrii grupului încep să acționeze pe baza unei premise referitoare la grup, care este diferită de realitatea sarcinii prezente. Premisele de bază se împart în trei categorii: dependență, luptă/fugă și

asocierea cu cineva. Aceste stări emoționale distincte sunt de origine inconștientă, dar pot fi deduse cu ușurință din comportamentul grupului. Premisele deturnează munca grupului și împiedică îndeplinirea sarcinii sale. Într-un grup de psihoterapie, sarcina de a înțelege problemele celorlalți poate fi redirecționată, datorită apariției unor premise de bază. Totuși, așa cum Freud a descoperit că transferul în psihanaliză este mai degrabă o unealtă terapeutică decât un obstacol, Bion a descoperit că premisele de bază pot avea o valoare enormă, ajutând membrii grupului să se înțeleagă pe ei înșiși, ca indivizi, în contextul grupului.

Observațiile inițiale ale lui Bion referitoare la premisele de bază s-au situat la un nivel descriptiv, dar pe măsură ce câștiga tot mai multă experiență cu dinamica grupului, el a realizat că premisele de bază constituie grupări de apărări împotriva anxietății psihotice, prezentă în orice individ. Grupurile determină o puternică regresie, oferindu-le pacienților o fereastră către cele mai primitive temeri pe care le au. Bion a constatat că mecanismele asociate cu poziția paranoid-schizoidă și cea depresivă, identificate de Melanie Klein (vezi Capitolul 2), sunt prezente și în cadrul premiselor de bază.

De exemplu, premisa de bază referitoare la dependență poate fi privită ca o grupare de apărări împotriva anxietăților depresive (Ganzarain, 1980). În cadrul acestei premise de bază, pacienții se comportă ca și cum ar fi slabi, ignoranți și incapabili să se ajute reciproc, ca și când ei ar fi total dependenți de terapeut, pe care îl văd ca pe Dumnezeu. Teama subiacentă se referă la faptul că lăcomia lor (i.e., nevoia lor orală) îl va înghiți pe terapeut și astfel vor fi abandonați. Pentru a se apăra împotriva anxietății și vinovăției legate de potențiala distrugere a terapeutului (i.e., mama lor, la un nivel inconștient), pacienții cred că terapeutul este o figură inepuizabilă, atotștiutoare și omnipotentă, care va fi mereu acolo pentru ei și care va avea întotdeauna răspunsurile necesare.

În cadrul premisei de bază luptă/fugă, grupul a regresat, în mod clar, la o poziție paranoid-schizoidă. Tot ceea ce este „rău" este clivat și proiectat. Dorința de a lupta sau de a fugi reprezintă o grupare de apărări împotriva anxietății paranoide. Pentru a evita un persecutor perceput ca exterior, care îi va distruge, grupul poate să lupte sau să fugă de persecutor. Grupul nu mai reflectează și consideră că singura soluție, în fața amenințării percepute, este acțiunea.

Premisa de bază de asociere constituie o grupare de apărări împotriva anxietăților depresive. Premisa, în acest caz, se referă frecvent la doi membri ai grupului, care vor crea și vor aduce în prim-plan un mântuitor, menit să salveze grupul (Rioch, 1970). Există o atmosferă de optimism și speranță, o credință că iubirea va învinge. Această atitudine poate fi privită ca o apărare maniacală împotriva temerii grupului că

distructivitatea, ura și ostilitatea există și ele în cadrul grupului. Astfel, din această perspectivă, asocierea poate fi văzută ca un efort de reparație maniacal (Ganzarain, 1980).

Psihoterapeuții de grup trebuie să fie mereu vigilenți la apariția premiselor de bază în grupurile pe care le conduc, astfel încât să le poată interpreta și examina, înainte ca acestea să devină prea distructive față de sarcina grupului. Transferul neexaminat poate determina un individ să plece din psihoterapie; premisele de bază neexaminate pot conduce la întreruperea terapiei de grup.

În afară de premisele de bază, există și alte forțe specifice care operează în cadrul grupului. Contaminarea emoțională apare atunci când emoții intense se răspândesc în întregul grup, aproape instantaneu (Rutan și Stone, 2001). Putem identifica sentimente de tristețe, furie sau ilaritate irezistibilă, în cadrul unui grup. O altă forță, cu multă influență, este fenomenul de „absorbire într-un rol" (Redl, 1963). Se observă frecvent cum un individ are un anumit comportament când este într-o situație de unu-la-unu și cum acesta se poate modifica la intrarea într-un grup, de exemplu „băiatul bun" care ajunge în „anturajul greșit". Persoanele care constată că se comportă diferit în grupuri se descriu adesea ca fiind „absorbite" sau atrase într-un rol, care pare să fie în afara controlului lor. Un anumit pacient într-un grup de psihoterapie poate servi ca purtător de cuvânt pentru întregul grup, în timp ce restul rămân tăcuți. Alt individ poate servi ca țap ispășitor, comportându-se într-un asemenea mod încât să devină ținta furiei tuturor celorlalți. Atât fenomenul de purtător de cuvânt, cât și cel de țap ispășitor pot fi înțelese ca versiuni de grup ale identificării proiective (Horwitz, 1983; Ogden, 1982). În cazul țapului ispășitor, de exemplu, părțile inacceptabile ale tuturor membrilor grupului sunt proiectate asupra unui individ, care apoi se simte forțat să răspundă corespunzător părților proiectate ale celorlalți pacienți. Dacă terapeutul susține țapul ispășitor și interpretează procesul de grup, părțile proiectate pot fi reintroiectate.

5.1.2 Caracteristicile grupurilor psihoterapeutice

Majoritatea terapeuților de grup se întâlnesc cu grupurile lor o dată pe săptămână (Rutan și Stone, 2001), deși unii se pot întâlni de două ori pe săptămână. Durata unei ședințe variază de la 75 la 125 de minute, iar grupul de psihoterapie dinamică are, în medie, 6–10 membri (Rutan și Stone, 2001; Sadock, 1983). Pot fi viabile și grupurile mai mici, dacă membrii participă activ.

Compoziția unui grup de terapie dinamică poate varia considerabil, cu toate că s-a constatat că grupurile eterogene prezintă avantaje față de cele omogene (Yalom, 1985). Clinicienii au ajuns la un consens, și

anume că grupurile în care toți se aseamănă între ei trec rareori de nivelul superficial de interacțiune. Pe de altă parte, dacă grupul este prea eterogen, el ar putea să nu fie funcțional, întrucât nu există suficiente puncte comune între pacienți. Mai mult, anumiți indivizi s-ar putea simți izolați, dacă se consideră ca foarte diferiți de toți ceilalți din grup datorită vârstei, provenienței culturale sau statutului socioeconomic. În sfârșit, dacă membrii grupului au nivel foarte diferit de tărie a Eului, este posibil ca grupul să nu se închege din pricina dificultății de a explora problemele psihologice.

În literatură există un consens, care consideră că grupurile de terapie dinamică ar trebui să fie eterogene în ceea ce privește conflictele membrilor, dar omogene în ceea ce privește un nivel cât de cât asemănător al tăriei Eului fiecărui membru (Whitaker și Lieberman, 1964; Yalom, 1985). În mare parte, literatura asupra psihoterapiei dinamice de grup se referă la polul expresiv al continuum-ului expresiv-suportiv. Grupurile care sunt de natură mai suportivă ar putea să fie și mai omogene. Grupurile de terapie dinamică sunt de obicei deschise, iar noi membri pot să fie incluși pe măsură ce alții mai vechi încheie terapia.

În ultimii ani, sub presiunea managementului îngrijirii și aspectelor economice din cadrul asistenței sanitare, au câștigat teren versiuni mai scurte ale psihoterapiei de grup, chiar și pentru grupurile eterogene. MacKenzie (1997) a dezvoltat un concept de psihoterapie de grup cu managementul timpului, în care a descris trei modele de psihoterapie de grup bazate pe nevoile pacientului și pe luarea în considerare a limitelor resurselor disponibile pentru tratament: 1) intervenția în criză (1–8 ședințe), 2) terapia limitată în timp (8–26 ședințe) și 3) terapia de mai lungă durată (peste 26 de ședințe). Cercetarea empirică a început să susțină eficacitatea formelor mai scurte de terapie dinamică de grup. Într-un studiu asupra terapiei expresive de grup, cu o durată de 12 săptămâni, pentru pacienți în ambulatoriu, care nu s-au adaptat bine la pierderi (Piper et al., 1992), pacienții tratați au arătat o mai mare ameliorare decât pacienții de pe lista de așteptare, care constituiau lotul martor. Îmbunătățirile obținute s-au menținut sau chiar s-au accentuat la evaluarea efectuată după 6 luni.

Terapeuții care fac psihoterapie dinamică de grup utilizează în măsuri variabile abordarea centrată pe grup versus abordarea centrată pe persoană. Susținătorii cei mai extremiști ai abordării centrate pe grup (Ezriel, 1950) au considerat că interpretările forțelor grupului sunt mult mai importante decât interpretările conflictelor individului. De fapt, Ezriel (1950) a indicat că terapeutul ar trebui să se abțină de la interpretare, înainte de a se fi dezvoltat o tensiune sau o temă comună grupului. O abordare mai puțin extremă a fost susținută de Horwitz (1977), care a propus ca interpretările individuale să fie utilizate în folosul constituirii unei conștiințe de grup, referitoare la o

problemă comună a grupului, care este apoi interpretată. Există experiențe comune ale grupului, pe care le împărtășește fiecare și care merită interpretate, cum ar fi: faptul că terapeutul nu va răspunde tuturor nevoilor unui individ, competiția pentru a obține susținerea, anxietatea de a fi ignorat. Totuși, dacă nu există și o abordare a nevoilor individuale, pacienții ar putea să resimtă că motivele personale pentru care au apelat la tratament sunt ignorate de către terapeut. Majoritatea terapeuților care conduc grupuri preferă un model combinat, care implică intervenții centrate atât pe individ, cât și pe grup (Slipp, 1988).

5.1.3 Transfer, contratransfer, rezistență și alianță de grup

Transferul, contratransferul și rezistența stau la baza psihoterapiei dinamice de grup, așa cum stau și la baza terapiei individuale. Totuși modul de funcționare în grup modifică semnificativ transferul. În primul rând, intensitatea transferului pacienților poate fi diluată prin redirecționare către alți membri ai grupului. Psihoterapia de grup permite apariția unor transferuri multiple simultane. Terapeutului i se oferă astfel un laborator în care relațiile interne de obiect ale pacienților sunt expuse tuturor, prin externalizarea în relațiile cu fiecare membru al grupului. Deși diferite tipuri de transfer se dezvoltă și în terapiile individuale, ele au tendința să apară într-un răstimp mai îndelungat. Cadrul de grup îi poate permite terapeutului să câștige o mai mare familiaritate cu relațiile interne de obiect ale pacienților, într-o perioadă mult mai scurtă.

Deși într-o terapie de grup transferul poate fi diluat, situația inversă este, de asemenea, adevărată. Transferul poate fi mai intens atunci când întregul grup este cuprins de sentimente puternice cu valență pozitivă sau negativă. Terapeuții care servesc drept container pentru toate proiecțiile obiectelor rele ale membrilor grupului își dau seama repede că și contratransferul poate fi mai intens în cadrul unui grup. Cererile contratransferențiale adresate unui terapeut de grup pot fi considerabile. Din fericire, există o protecție intrinsecă împotriva apariției unui *acting-out* contratransferențial supărător, întrucât pacienții grupului identifică rapid comportamentul neadecvat sau percepția greșită din partea terapeutului. Pentru a dispersa transferul și contratransferul, unii terapeuți preferă să lucreze cu un coterapeut, în cadrul psihoterapiei de grup. Existența unui partener îl ajută pe terapeut să prelucreze sentimentele intense răscolite de către grup.

Rivalitatea fraternă și dorința transferențială de a fi copilul unic sau favorit al terapeutului se dezvoltă frecvent în toate terapiile dinamice. Totuși, aceste probleme pot să aibă un caracter mai presant în terapia

de grup, iar terapeutul trebuie să evite cu grijă să arate orice urmă de favoritism pentru anumiți membri ai grupului (Yalom, 1985).

Pe lângă transferul pacienților față de terapeut și față de alți membri ai grupului, există o a treia formă de transfer valabilă doar pentru grupuri: transferul față de grup ca întreg. Această formă de transfer le oferă pacienților oportunitatea de a examina expectațiile pe care le au de la alte grupuri în cadrul cărora trăiesc și lucrează. Grupul, ca entitate globală, este frecvent considerat ca o „mamă" idealizată, care gratifică întru totul și va satisface dorința pacientului de reunire cu o figură care iubește necondiționat. Ca recunoaștere a acestei tendințe, Scheidlinger (1974) a numit acest fenomen „grupul-mamă". Când această formă de transfer este în plină dezvoltare, terapeutul poate fi văzut ca o figură maternă terifiantă în contrast cu bunăvoința grupului ca întreg, care oferă totul. Alți autori (Gibbard și Hartman, 1973) au privit transferul idealizat față de grup ca întreg, ca pe o poziție defensivă care evită considerarea grupului (mamei) ca sadic(ă).

Așa cum alianța terapeutică poate prezice succesul în terapia individuală, alianța de grup poate oferi un prognostic bun în psihoterapia de grup. De fapt, pacienții din terapia de grup au tendința să dea o mai mare importanță factorilor care țin de climatul relațiilor, decât pacienții din terapia individuală (Holmes și Kivlighan, 2000). Deși alianța de grup este mai greu de definit decât alianța terapeutică din terapia individuală, ea este în general privită drept colaborarea activă referitor la scopurile terapeutice care are loc între membri și terapeut, între membrii grupului, precum și între membri și grup ca întreg (Gillaspy et al., 2002). Datele preliminare sugerează că alianța de grup ar putea fi cel mai bun factor de prognostic al unei evoluții bune în terapia de grup pentru pacienții cu abuz de substanțe, într-un program de tratament instituționalizat (Gillaspy et al., 2002).

Perlaborarea transferului și a apărărilor constituie cea mai mare parte a sarcinii terapeutului, așa cum se întâmplă și în psihoterapia individuală. Într-adevăr, Ganzarain (1983) a arătat că perlaborarea este trăsătura care distinge terapia de grup psihanalitică de alte forme de terapie de grup. El a pus accentul în special pe perlaborarea anxietăților primitive asemănătoare celor psihotice și pe mecanismele de apărare asociate acestora. Forțele de regresie activate de către experiența de grup aduc pacientul în contact cu anxietatea care izvorăște din pozițiile paranoid-schizoidă și depresivă, mult mai repede și mai profund decât în tratamentul individual. Perlaborarea transferului este facilitată, de asemenea, de aportul celorlalți membri ai grupului. Un pacient poate încerca să valideze o impresie personală referitoare la terapeut „verificând-o" cu alți membri ai grupului. Atunci când colegii și nu terapeutul confruntă distorsiunile inerente din percepția transferențială, pacientul poate fi mai dispus să asculte și să accepte un feedback.

5.1.4 Indicații și contraindicații

O parte dintre indicațiile psihoterapiei dinamice de grup sunt asemănătoare celor pentru terapia individuală expresiv-suportivă. Acestea includ: 1) o puternică motivație, 2) o gândire orientată psihologic, 3) un nivel rezonabil de înalt al tăriei Eului, 4) un disconfort suficient pentru ca pacientul să fie dispus să îndure frustrarea inerentă procesului și 5) probleme în relațiile interpersonale (Yalom, 1985). Totuși clinicianul trebuie să abordeze următoarea problemă: ce criterii specifice sugerează că pacientul este în mod special potrivit pentru psihoterapia de grup și mai puțin pentru cea individuală?

A existat o regretabilă tradiție în domeniu, și anume de a considera psihoterapia de grup ca o modalitate de tratament secundară. Articolele de sinteză care compară psihoterapia individuală și cea de grup nu susțin această eroare (Lambert și Bergin, 1994; MacKenzie, 1996). Majoritatea acestor studii comparative nu constată diferențe în privința rezultatelor. Terapia dinamică de grup este probabil o modalitate insuficient utilizată, în ciuda atractivității sale în termeni de eficiență de cost. Psihoterapia de grup a pacienților din ambulatoriu poate fi o modalitate extrem de utilă de a menține câștigurile terapeutice ale celor cu tulburări de personalitate, după externarea din spitalul de zi (Bateman și Fonagy, 2001; Wilberg et al., 2003). În unele cazuri se observă ameliorări suplimentare în grupul pacienților externați care beneficiază de acest tratament.

Anumite probleme pot fi abordate mai eficient în cadrul unui grup decât în tratamentul individual (Sadock, 1983). Pacientului care este foarte anxios în fața unei figuri de autoritate ar putea să-i fie mai ușor să vorbească în compania colegilor de grup. Un pacient a cărui problemă primară pare să-și aibă originea în conflictele fraterne ar putea constata că atmosfera de grup reactivează problema, într-un mod în care aceasta este mai ușor de examinat și rezolvat. Invers, un copil unic, care a ratat experiența de a avea un frate și care are dificultăți în a învăța să împartă, în viața adultă, ar putea afla uneori că un grup este cel mai bun loc de a aborda aceste probleme. Pacienții care nu sunt psihotici, dar care se bazează mult pe proiecție ar putea beneficia de confruntările cu ceilalți membri ai grupului, care vor dezbate în mod repetat distorsiunile aduse în fața grupului. Pacienții borderline care dezvoltă un transfer negativ intens în terapia individuală pot beneficia de diluarea transferului, inerentă în terapia de grup. Totuși, acești pacienți necesită aproape întotdeauna și o terapie individuală (vezi Capitolul 15). Atunci când se combină cele două modalități, apar efecte de însumare și de amplificare, atât pentru tratamentul individual, cât și pentru cel de grup (Porter, 1993; Sperry et al., 1996). Printre efectele aditive ale terapiei individuale se numără explorarea intrapsihică profundă și experiența emoțională corectivă de unu-la-unu. Efectele aditive ale terapiei de grup

constau în explorarea transferurilor multiple și în asigurarea unui cadru în care pacientul poate risca să experimenteze noi comportamente. Unul dintre efectele de amplificare ale terapiei individuale este că ar putea oferi o oportunitate de a explora materialul care apare în ședințele de grup și astfel ar putea preveni renunțarea prematură la terapia de grup. Un posibil efect de amplificare al terapiei de grup este o șansă în plus de a analiza rezistențele din transfer apărute în cadrul ședințelor individuale.

Terapia de grup este în general eficientă la pacienții cu tulburări de personalitate, incluzând tipul isteric, obsesiv-compulsiv, precum și unele tipuri borderline, narcisic, pasiv-agresiv și dependent, întrucât un cadru de grup poate fi singurul loc în care acești pacienți primesc un feedback despre cum îi afectează pe ceilalți felul lor de a fi. O mare parte din psihopatologia pacienților cu tulburări de personalitate include trăsături de caracter egosintonice (i.e., comportamente care îi deranjează pe ceilalți, dar nu și pe pacient). Un feedback din partea colegilor din terapia de grup îi ajută deseori pe acești pacienți să reflecteze asupra modelelor comportamentale, astfel încât aceste trăsături să devină, în final, egodistonice (i.e., deranjante pentru pacientul însuși), ceea ce constituie primul pas spre a câștiga suficientă motivație pentru schimbare. Efectul psihoterapiei de grup asupra tulburărilor specifice de personalitate, precum și indicațiile pentru terapia combinată individuală și de grup sunt detaliate în Secțiunea III a acestui volum.

O diferență evidentă dintre psihoterapia individuală și cea de grup, în privința evaluării indicațiilor, constă în faptul că terapeutul care conduce un grup trebuie să estimeze în mod constant potrivirea dintre un posibil pacient și grup, așa cum este el alcătuit la momentul respectiv. Un pacient borderline poate fi tolerat într-un grup de pacienți cu un nivel înalt de tărie a Eului, dar doi ar putea copleși grupul cu cereri disproporționate de atenție și printr-un acting-out care ar crea dezordine. În mod similar, vârsta și sexul trebuie luate în considerare atunci când se decid indicațiile pentru un anumit grup.

Anumite simptomatologii sunt unanim considerate drept contraindicații pentru psihoterapia dinamică de grup. Printre ele se numără: 1) o slabă motivație, 2) o dezorganizare psihotică, 3) o dependență curentă față de substanțe, 4) o tulburare de personalitate de tip antisocial, 5) o somatizare severă, 6) o disfuncție cognitivă cu substrat organic și 7) un risc mare de suicid (Yalom, 1985). Pacienții cu dependență și cei cu trăsături de tip antisocial pot fi totuși tratați eficient în cadrul unor grupuri omogene, care recurg la confruntare (vezi Capitolul 12 și 17). Ca și în cazul indicațiilor, anumiți pacienți pot fi contraindicați pentru un anume grup, datorită compoziției grupului respectiv, dar ar putea fi potriviți pentru un grup diferit.

5.2 Terapie familială și maritală

Deși mulți dintre terapeuții care fac în prezent psihoterapie de familie și maritală nu sunt de orientare dinamică, acest domeniu își are originile în lucrările unor clinicieni timpurii de orientare psihanalitică, printre care Theodore Lidz, Lyman Wynne, Nathan Ackerman, Murray Bowen și Virginia Satir. Concentrarea atenției acestei terapii familiale timpurii asupra psihologiei individului s-a modificat dramatic în decadele '50 și '60, datorită unui grup de cercetători de la Palo Alto, printre care Gregory Bateson, Don Jackson și Jay Haley (Bateson et al., 1956). Terapia sistemică familială s-a dezvoltat din munca acestui grup și, astfel, accentul s-a mutat dinspre individ spre sistemul familial. Psihopatologia individuală și istoria personală au devenit, amândouă, secundare față de familia ca întreg, care a fost considerată ca un sistem cu o viață proprie. Până de curând, această abordare sistemică a terapiei de familie, ca și elaborările ei ulterioare de către Minuchin (1974) și Selvini Palazzoli et al. (1978) au dominat amplu aria terapiei familiale.

Terapia familială Bowen își are originile în teoria psihanalitică, dar tehnica rezultată din ideile lui Bowen (1978) nu este una de tip dinamic. În această formă de tratament, un membru al familiei se întâlnește cu terapeutul, cu o frecvență redusă (de obicei o dată pe lună), pentru a studia cu grijă modelele intergenerаționale din familia pacientului. Pacientul este ajutat să înțeleagă în ce fel modelele curente din relațiile familiale constituie repetiții ale modelelor din generațiile anterioare. Abordarea este strict cognitivă, iar pacientul nu este încurajat să-și exprime sentimentele. Aspectele transferențiale nu sunt considerate ca importante și nu sunt interpretate. Dimpotrivă, o dată ce pacienții au ajuns la o înțelegere intelectuală a modelelor familiale, ei sunt încurajați să discute problemele nerezolvate direct cu membrii familiei care sunt vizați.

Fenomenele derivate din gândirea psihanalitică, de exemplu transferul și contratransferul, sunt recunoscute de anumite modele de terapie familială și maritală (Glick et al., 2000; Sholevar și Schwoeri, 2003). Transferul poate apărea între doi parteneri, nu doar între pacient și terapeut. Mai mult, cuplul sau familia ca întreg poate dezvolta transferuri intense față de terapeut. Asemănător cu psihoterapia de grup, terapeutul poate resimți contratransfer față de cuplu sau familie ca întreg, în loc de un singur individ.

Terapia familială bazată pe relațiile de obiect este în prezent cel mai proeminent exemplu de terapie familială psihodinamică. Întrucât discuțiile din acest capitol se referă doar la abordările dinamice, vom examina terapia familială și maritală bazată pe relațiile de obiect în mai mare detaliu, omițând considerațiile referitoare la școlile de terapie familială, care nu sunt de orientare dinamică.

5.2.1 Înțelegerea teoretică

Aplicând terapie de cuplu la Clinica Tavistock în anii '50 și '60, Henry Dicks a început să remarce faptul că anumite cupluri relativ sănătoase — care păreau să aibă căsătorii satisfăcătoare — recurgeau frecvent la relații de obiect primitive, în cadrul căsătoriei. El a observat că fiecare partener avea tendința să-l perceapă pe celălalt ca și când acela ar fi altcineva. De obicei, soțul o percepe pe soție ca și când ea ar fi reprezentarea unui obiect intern din propriul său psihic, frecvent propria lui mamă. În mod similar, soția se relaționează cu soțul său ca și când el ar fi o simplă proiecție din lumea ei interioară. Dicks a conchis că o sursă majoră de neînțelegeri familiale este eșecul fiecărui partener în confirmarea naturii sau identității adevărate a celuilalt. În schimb, partenerii au tendința să-l silească pe celălalt să se comporte într-un mod foarte stereotip și restrictiv. Cuplurile tind să se deterioreze în unități polarizate, ca de exemplu sadic-masochist, dominator-supus, sănătos-bolnav și independent-dependent. Dicks a recunoscut că fiecare din aceste jumătăți polarizate forma o personalitate întreagă în cuplul marital, dar fiecare individ în parte era incomplet. Așa cum colegul său Bion observa că grupurile exercită o forță cu efect regresiv asupra indivizilor, Dicks a descoperit cum căsătoria are un efect de regresie similar. Chiar la persoane cu o tărie a Eului considerabilă, căsătoria pare să determine regresia lor rapidă la relațiile părinte–copil.

Ceea ce Dicks a observat era, desigur, o formă de transfer. Partenerii cuplului repun în act, în prezent, o relație din trecut. În limbajul teoriei relațiilor de obiect, soții folosesc clivajul și identificarea proiectivă pentru a face ca un conflict *intern* să devină *extern* sau marital, prin intermediul reprezentării unui obiect intern, de obicei un părinte, clivat și proiectat asupra partenerului. Cel care a utilizat proiecția se comportă, apoi, astfel încât să-l silească pe partener să se comporte precum obiectul intern pe care l-a proiectat. Un soț, de exemplu, care este obișnuit să fie răsfățat de mama lui poate crea din nou, inconștient, situația cu mama lui în căsătoria lui, comportându-se copilărește și stăruind astfel un răspuns matern din partea soției. Pe de altă parte, un partener marital poate proiecta o reprezentare a Sinelui asupra celuilalt și să-l silească pe acesta să se comporte precum acea reprezentare a Sinelui, în timp ce acela care a proiectat se comportă ca o reprezentare de obiect complementar. Cazul domnului B din Capitolul 4 a constituit o astfel de situație. A proiectat o reprezentare a Sinelui de victimă supusă atât asupra primei, cât și a celei de-a doua soții, în timp ce el se comporta asemeni tatălui său, dominator și agresiv.

Conflictul marital poate fi privit ca o recreare a conflictelor cu părinții proprii, prin clivaj și identificare proiectivă. Selecția unui partener este în mod evident influențată mult de astfel de procese. Dicks (1963)

considera că astfel de alegeri sunt „foarte mult bazate pe semnale sau indicii inconștiente, prin care partenerii recunosc într-o persoană egosintonică «potrivirea» cu celălalt, pentru a perlabora sau repeta împreună anumite clivaje sau conflicte încă nerezolvate din cadrul personalității fiecăruia. În același timp, în mod paradoxal, partenerii consideră ca garantat faptul că împreună cu acea persoană acestea nu vor fi perlaborate" (p. 128). Astfel, cuplurile se formează prin dorințe conflictuale, pe de-o parte de a perlabora relații de obiect nerezolvate și, pe de altă parte, de a le repeta pur și simplu.

Mai mulți autori au extins această înțelegere de relații de obiect a conflictului marital la întreaga familie (Scharff și Scharff, 1987; Shapiro et al., 1975; Slipp, 1984, 1988; Stewart et al., 1975; Zinner și Shapiro, 1972, 1974). Acești autori au observat că membrul identificat ca pacient, din cadrul unei familii, este frecvent purtătorul sau containerul părților clivate, inacceptabile, ale altor membri ai familiei. În acest sens, echilibrul familiei este menținut prin acest aranjament de clivare și identificare proiectivă. De exemplu, un adolescent poate acționa conform unor impulsuri antisociale, care reprezintă aspecte ale unei reprezentări de Sine inacceptabile a tatălui său, ce a fost dezaprobată proiectiv de către tată și conținută de fiu. Un copil poate fi idealizat în același fel, prin identificare proiectivă cu aspectele pozitive ale reprezentărilor de Sine sau de obiect. Teoria relațiilor de obiect se potrivește bine cu terapia familială, întrucât componentele sale (de ex., clivajul și identificarea proiectivă) asigură o punte dinspre intrapsihic către interpersonal și dinspre individ către familie (Slipp, 1984; Zinner, 1976).

5.2.2 Tehnica

Tehnica terapiei pentru cupluri și familii bazată pe relațiile de obiect se dezvoltă din înțelegerea teoretică. Scopul global este de a ajuta membrii familiei sau cuplul să reinternalizeze conflictele pe care le-au externalizat prin identificare proiectivă (Scharff și Scharff, 1991; Zinner, 1976). În practică, acest model teoretic trebuie să ajute în mod simultan cuplul să abordeze diferențele reale și să examineze proiecțiile fiecărui soț, astfel încât fiecare individ să-și recapete în final părțile proiectate, ca rezultat al terapiei (Polonsky și Nadelson, 2003). Pentru a îndeplini acest țel, terapeutul adept al teoriei relațiilor de obiect se va întâlni cu familia sau cuplul pentru o ședință de 50 de minute, săptămânal sau la două săptămâni (Slipp, 1988).

Procesul terapeutic începe cu un diagnostic corect al modului în care reprezentările interne de Sine și de obiect au fost distribuite în cadrul familiei, prin clivaj și identificare proiectivă. Când acest model devine

evident, terapeutul încearcă să explice în ce mod se formează între membrii familiei un sistem inconștient, coordonat, care duce la perpetuarea comportamentului patologic în cel identificat ca pacient. Stabilitatea unei familii depinde de capacitatea unuia sau mai multor membri de a conține diferite părți proiectate ale altor membri ai familiei. Ca și în cazul altor forme de psihoterapie dinamică, aceste interpretări explicative sunt, de obicei, întâmpinate inițial cu rezistență. Această forță antiterapeutică ar putea lua forma de a încerca să-l „absoarbă" pe terapeut în sistemul familial. Cu alte cuvinte, membrii familiei repetă inconștient modelele patologice familiale, în loc de a le verbaliza și explora. În terapia maritală, de exemplu, soțul poate recurge la identificarea proiectivă față de terapeut, în același fel cum folosește identificarea proiectivă față de soția sa.

Datorită acestor rezistențe puternice, terapeuții care aplică teoria relațiilor de obiect în terapia familială trebuie să fie foarte mult în contact cu reacțiile lor contratransferențiale, în sens larg sau obiectiv. Cu alte cuvinte, este de o importanță majoră ca terapeuții să-și permită să fie containere pentru părțile proiectate ale membrilor familiei, astfel încât să poată diagnostica și interpreta mai adecvat ceea ce se întâmplă în cadrul familiei (Slipp, 1988). Terapeuții vor fi astfel într-o poziție care le permite să identifice modelele de coluziune patologice aici și acum în procesul terapeutic și să facă legătura cu ceea ce se întâmplă în afara acestui proces.

Cea mai comună formă de rezistență la începutul terapiei maritale este ca ambii parteneri să aștepte ca terapeutul să-l „repare" pe celălalt (Jones și Gabbard, 1988). Întrucât externalizarea conflictului asupra partenerului este atât de bine stabilită, ambii soți sunt mai interesați să-l convingă pe terapeut că ei au „dreptate", decât să repare căsnicia (Berkowitz, 1984). Terapeuții trebuie să evite în mod constant să ia partea cuiva în astfel de conflicte. În schimb, ei trebuie să ajute cuplurile să-și extindă perspectiva, pentru a putea îngloba aprecierea propriei contribuții la conflictul din cadrul căsătoriei.

Tranziția de la a considera o problemă drept conflict marital la percepția sa drept conflict intern jucat în cadrul cuplului este o sarcină dificilă pentru fiecare partener. Identificarea proiectivă în cadrul cuplului marital necesită o stare de conflict permanentă, iar polarizarea, inerentă în procesul de clivaj, menține balanța stabilă (Zinner 1976). Este posibil ca orice efort de a destabiliza acest aranjament să fie perceput ca foarte amenințător de către ambii parteneri. Nevoia ca partenerul să fie „obiectul rău" poate să fie atât de puternică, încât toate eforturile terapeutice să fie zadarnice (Dicks, 1963). În ciuda înțelegerii interacțiunilor patologice dintre ele, unele cupluri vor alege să trăiască într-o stare de frământare, în loc să înfrunte anxietatea asociată cu schimbarea.

Într-o analiză finală, evident, modificarea în cadrul terapiei familiale nu este responsabilitatea terapeutului — doar partenerii conjugali înșiși pot decide dacă doresc să schimbe ceva în relația lor. Când terapeuții constată că investesc într-un anume rezultat, ei sunt frecvent implicați într-o interacțiune de coluziune, în care au fost identificați cu părți proiectate de către membrii familiei. Mai mult, cu cât terapeutul insistă pentru schimbare, cu atât cuplul va opune mai multă rezistență. Multe rezistențe apar întrucât un anume contract marital inconștient, implicând comportamentul ambilor membri ai cuplului sau al tuturor membrilor familiei, se confruntă cu efortul terapeutului de a schimba sistemul. Uneori, acest contract tacit trebuie identificat și expus tuturor participanților la proces. Când terapia ajunge într-un impas din cauza unor astfel de rezistențe, este uneori util ca terapeutul să expună diferite opțiuni cuplului și să le transmită partenerilor că sunt liberi să-și aleagă modul în care își vor continua viața. Divorțul sau nici o schimbare trebuie să se afle printre aceste opțiuni și, de asemenea, trebuie considerate ca rezultate acceptabile de către terapeut. Doar atunci partenerii cuplului vor realiza că în final depinde de ei modul în care aleg să-și trăiască viața.

5.2.3 Terapie maritală intersubiectivă și bazată pe psihologia Sinelui

În ultimii ani conceptele psihologiei Sinelui au fost, de asemenea, aplicate la conflictul marital. Kohut (1984), într-o notă de subsol din ultima lui carte, arăta că „o bună căsnicie este aceea în care unul sau altul dintre parteneri poate face față provocării de a asigura funcțiile de obiect al Sinelui de care Sinele temporar incapacitat al celuilalt are nevoie la un anumit moment" (p. 220). El a notat, de asemenea, că atunci când nevoile obiectului Sinelui nu sunt suplinite de un partener, rezultatul poate fi divorțul și o înverșunare fără sfârșit — o formă de furie cronică narcisică destul de comună.

Conflictele, care apar din nevoia de răspunsuri pentru obiectul Sinelui din partea partenerului, pot sta la baza unei strategii de terapie familială (Ringstrom, 1994, 1998; Shaddock, 1998). Ringstrom (1994) a subliniat importanța naturii bidimensionale a transferului în terapia de cuplu (vezi Capitolul 1). Întrucât au fost frustrați în încercările lor de a-și vedea satisfăcute nevoile obiectului Sinelui de către celălalt, partenerii cuplului ar putea fi „prinși în transferuri reciproc antagoniste, cu dimensiuni repetitive, unul față de altul, în timp ce fiecare partener trăiește obiectul de Sine râvnit, în transferul față de terapeut" (Ringstrom, 1994, p. 161). Deși această evoluție poate fi problematică din anumite puncte de vedere, adaptarea terapeutului la situație poate readuce în cuplu speranța. Ringstrom a descris un model în șase etape

bazat pe teoria intersubiectivității și a psihologiei Sinelui. În primele două etape, terapeutul se pune în acord cu subiectivitatea fiecărui partener și subliniază că nici unul nu are o versiune mai adevărată sau mai corectă asupra realității decât celălalt. În etapele trei și patru, terapeutul trasează istoria dezvoltării dorințelor frustrate ale obiectului Sinelui și demonstrează cum fiecare partener repune în act trecutul său conflictual, într-un efort de a menține coeziunea Sinelui. A cincea etapă include creșterea capacității introspective, astfel încât fiecare partener poate să-și asume responsabilitatea pentru o parte din dificultățile relaționale. Etapa finală este orientată asupra capacității fiecărui partener de a susține dezvoltarea personală, precum și posibilitatea de introspecție a celuilalt, în timp ce se acordează la perspectiva acestuia.

Ringstrom (1998) a insistat, de asemenea, asupra unei variante particulare de dificultate contratransferențială, în care ambii membri ai cuplului sunt în competiție pentru a extrage funcții ale obiectului Sinelui de la terapeut. Propriile nevoi ale terapeutului de reacții pentru obiectul Sinelui îl pot determina să fie atras în coluziune cu unul dintre membrii cuplului împotriva celuilalt. Terapeutul trebuie să încerce să restabilească o variantă specială de poziție neutră în care să audă, să înțeleagă și să accepte percepția subiectivă a fiecărui partener despre celălalt, ca intrinsec validă.

5.3 Indicații și contraindicații

Modelul de „consumator" este o abordare înțeleaptă, pe care clinicienii pot s-o utilizeze pentru a decide dacă un pacient are nevoie de terapie individuală sau familială/maritală. Ce cere pacientul? La cabinet se prezintă un „pacient" sau doi? Discuția este orientată pe „problema mea" sau pe „problema noastră"? Problema este privită ca având origine internă sau externă? Dacă părinții însoțesc adolescentul, problema determinării terapiei de elecție poate fi mai complexă. Frecvent, adolescentul nu este convins de necesitatea tratamentului și poate rămâne tăcut în cea mai mare parte a primului interviu. Între timp, părinții pot continua să vorbească despre problemele fiului sau fiicei lor. Clinicianul care face evaluarea trebuie să ia o decizie rapidă referitor la următoarea întâlnire. A vedea doar un „pacient" reprezintă o coluziune cu procesele de clivaj și de identificare proiectivă din familie (Stewart et al., 1975)? Bineînțeles, atunci când este în dubiu, clinicianul poate continua pur și simplu procesul de evaluare exploratorie, până când dinamica familială devine mai clară. Uneori, când un membru al unui cuplu sau anumiți membri ai familiei pur și simplu refuză să participe

la procesul terapeutic, terapeutul poate fi forțat să lucreze doar cu un singur membru al familiei sau să renunțe la tratament.

Slipp (1988) a subliniat faptul că identificarea nivelului de diferențiere a pacientului de familie este un indicator bun în determinarea terapiei de elecție. Psihoterapia individuală este probabil tratamentul de elecție pentru adolescenții mai mari și adulții tineri, care au reușit să se separe, psihologic și geografic, de familiile lor și să-și trăiască propria viață, având apărări destul de mature. Totuși terapia familială sau o combinație de terapie familială și individuală pare să fie foarte utilă pentru indivizi din același grup de vârstă, care încă trăiesc acasă sau care trăiesc separat, dar sunt implicați emoțional față de familia lor într-o manieră intensă și conflictuală.

O problemă frecventă care apare în terapia individuală este cererea pacientului de a aduce partenerul de viață la o ședință, pentru a aborda aspecte legate de căsnicie. Dacă procesul individual este bine stabilit, încercarea de a-l converti, de asemenea, într-un proces de terapie maritală are rareori șanse de succes. Partenerul care este adus simte, de obicei, că terapeutul este loial în primul rând față de celălalt și deci va fi rareori capabil să formeze o alianță cu terapeutul. O soluție mai bună constă în a recomanda cuplul unui alt terapeut marital, în timp ce procesul individual original continuă.

Terapeuții maritali și familiali din prezent trebuie să aplice cu grijă modelele psihodinamice legate de sex și de roluri, care includ o orientare strict heterosexuală. Într-o eră în care mai puțin de o pătrime dintre americani trăiesc într-o căsnicie care se aseamănă familiei standard dintr-un serial de televiziune din anii '50 (Schwartz, 2004), terapeuții trebuie să fie dornici să afle problemele unice ale fiecărei familii sau cuplu. Prezumțiile legate de maternitate, rolurile părinților, precum și ceea ce este proiectat și introiectat trebuie să fie reevaluate în cazul familiilor homosexuale, pornind doar de la ceea ce povestesc aceste cupluri și familii în cabinetul de consultații. De exemplu, cum internalizează un copil două „mame" în loc de una singură? Competiția dintre doi părinți de același sex ar putea fi sensibil diferită de aceea trăită de soți de sexe diferite. Toți acești factori trebuie să fie clarificați atunci când se evaluează și se tratează familii și cupluri, care nu se încadrează în modelele psihodinamice tradiționale.

5.4 Farmacoterapia dinamică

Acum câteva decade, expresia „farmacoterapie dinamică" ar fi fost considerată o contradicție de termeni. Tradiția dualismului psihic/corp

a pus în opoziție, timp de mulți ani, abordările dinamice și respectiv farmacologice ale tulburărilor psihiatrice. Din fericire, curentele recente de integrare au adus psihiatria contemporană într-un punct în care utilizarea combinată a medicației și psihoterapiei a devenit o practică aproape universală, atât pentru tulburările care nu sunt psihotice, cât și pentru cele psihotice (vezi Gabbard, 1999; Gabbard și Kay, 2001; Thompson și Brodie, 1981).

În situațiile în care psihoterapia formală nu face parte din tratament, gândirea psihodinamică poate fi extraordinar de utilă în ameliorarea complianței la tratamentul psihotrop. Aproximativ o treime dintre pacienți este de fapt compliantă în mod adecvat cu medicația, așa cum este ea prescrisă, o treime este mai mult sau mai puțin compliantă, iar o treime este noncompliantă, ceea ce sugerează o proporție a complianței, în general, de aproximativ 50% (Wright, 1993). Complianța pacienților din ambulatoriu față de medicația antidepresivă este doar de aproximativ 40% după 12 săptămâni (Myers și Branthwaite, 1992). Dintre pacienții cu schizofrenie, 74% din cei tratați în ambulatoriu devin noncomplianți față de tratamentul neuroleptic, la 2 ani de la externarea din spital (Weiden et al., 1995). Deși o trecere la medicația depot ameliorează temporar complianța, la 6 luni de la externare nu există o diferență în ceea ce privește complianța pacienților care primesc medicație depot și cei care primesc medicație orală.

După cum se discută în Capitolul 8, pacienții bipolari sunt, de asemenea, extrem de noncomplianți la tratamentul medicamentos. O complicație suplimentară în abordarea noncomplianței este faptul că pacienții au tendința de a raporta mult mai puțin în ce măsură nu urmează tratamentele prescrise. Un număr de studii au recurs la o metodă bazată pe un microprocesor pentru monitorizarea continuă a complianței. Prin această metodă, un circuit microelectronic înregistrează data și ora la fiecare deschidere și închidere a cutiei cu medicamente. Unul dintre studiile care au utilizat această tehnologie a arătat că noncomplianța raportată de către pacient, evaluată printr-un interviu, era de 7%, iar cea evaluată prin metoda bazată pe microprocesor pentru monitorizare continuă era de 53% (Dunbar-Jacob, 1993).

Aderența la tratamentele farmacologice nu a fost studiată sistematic în numeroasele experimente cu medicamente raportate în revistele psihiatrice. Doar mai recent cercetătorii s-au adresat impactului intervenției psihoterapeutice asupra complianței față de medicație. O metaanaliză recentă asupra unor studii clinice randomizate, în depresie, a comparat tratamentul antidepresiv simplu cu tratamentul combinat: antidepresiv plus intervenție psihologică (Pampallona et al., 2004). S-a constatat că rezultatele tratamentului combinat au fost mai bune decât cele ale tratamentului pur medicamentos. Mai mult, în terapiile mai lungi, adăugarea psihoterapiei pare să păstreze pacienții în tratament.

Ratele de renunțare ale pacienților din studii au fost ameliorate prin adăugarea psihoterapiei și se poate deduce că atenția față de aspectele psihoterapeutice din farmacoterapie, chiar dacă nu se recurge la psihoterapie formală, poate duce la ameliorarea complianței. Din perspectivă psihodinamică, concepte ca transfer, contratransfer, rezistență și alianță terapeutică sunt la fel de importante atunci când se prescrie un tratament medicamentos ca și atunci când se conduce o psihoterapie.

5.4.1 Transferul

Psihiatrul care prescrie un tratament medicamentos nu este într-o mai mică măsură o figură transferențială decât un psihoterapeut. Pentru pacienți, decizia de a fi sau nu complianți cu recomandările doctorului activează aspecte inconștiente legate de expectațiile parentale. Atunci când pacienții refuză să ia medicația așa cum este ea prescrisă, psihiatrii reacționează de multe ori, devenind mai autoritari, insistând ca ordinele lor să fie urmate cu strictețe. Această abordare duce de obicei la eșec, întrucât ea doar exacerbează înclinația transferențială de a considera doctorul ca pe o figură parentală autoritară. O abordare mult mai productivă constă în a obține colaborarea pacienților privind explorarea îngrijorărilor acestora. O serie de întrebări, cum ar fi cele care urmează, ar putea fi utile: „Aveți alte îngrijorări legate de urmarea tratamentului, în afara efectelor secundare?"; „Vă amintiți anumite probleme legate de luarea medicamentelor în trecut?"; „Ați auzit ceva la televizor sau ați citit ceva în ziare referitor la acest medicament?"; „Familia dumneavoastră are anumite păreri legate de urmarea tratamentului medicamentos?"; „Ce credeți că a dus la apariția bolii dumneavoastră?"; „Această medicație are vreo semnificație anume pentru dumneavoastră?"; „Ce sentimente aveți față de medicul prescriptor?"

Un pacient a resimțit prescrierea unui antidepresiv ca o imposibilitate de empatie din partea psihiatrului. Când noncomplianța pacientului a fost discutată cu el, acesta i-a spus doctorului: „Eu căutam pe cineva care să-mi valideze sentimentele. În schimb, dumneavoastră ați încercat să mi le tratați cu medicamente". Atunci când psihiatrul l-a încurajat să elaboreze mai departe, pacientul a fost capabil să lege acest sentiment de experiențele timpurii cu tatăl său, pe care îl resimțea ca neatent și nepăsător față de problemele lui.

Alți pacienți, în special cei care au tendința de a controla sau domina, vor privi medicamentele ca pe o amenințare la poziția lor de contradependență. Ciechanowski et al. (2001) au aplicat teoria atașamentului adultului într-o încercare de a înțelege mai bine noncomplianța pacienților cu diabet, care aveau un regim autocontrolat. Ei au constatat că

pacienții cu un stil de atașament evitant au avut un nivel semnificativ mai înalt de hemoglobină glicozilată. În plus, printre pacienții cu un stil de atașament evitant, cei care au realizat că au o slabă comunicare cu doctorul lor au avut niveluri mai înalte decât cei care au considerat că au o bună comunicare. Adulții cu un stil de atașament evitant au considerat, în general, că părinții sau cei care i-au îngrijit nu au răspuns în mod constant emoțiilor lor. Ei au devenit astfel, în mod compulsiv, autosuficienți și au încercat să evite tipul de relație bazat pe colaborare, necesar unui tratament. Deși acest studiu nu a implicat medicamente psihotrope, el subliniază totuși faptul că a fi compliant față de un tratament poate avea semnificația de supunere față de dominația unei figuri parentale puternice. Unor astfel de pacienți trebuie să li se permită un oarecare control asupra deciziei de a lua medicamente (Thompson și Brodie, 1981). În cazul pacienților excesiv de supuși, se întâlnește frecvent situația opusă. Pastilele îi fac pe acești pacienți să se simtă „hrăniți" și îngrijiți, într-o astfel de măsură încât ei ar putea decide că nu mai este nevoie să-și asume responsabilitatea pentru nici un aspect al bolii lor.

Conflictele transferențiale pot fi extrem de intense cu persoane „care manipulează și resping ajutorul", dar care se plâng (Groves, 1978). Acești pacienți pun în eșec fiecare intervenție terapeutică, farmacologică sau de alt fel. Ei au experimentat frecvent o lungă listă de medicamente psihotrope, fără să resimtă nici un beneficiu. Explorarea dinamicii transferențiale poate duce la descoperirea unui resentiment considerabil și a unei înverșunări față de figurile parentale, de la care pacientul consideră că nu a primit suficientă îngrijire. Respingând ajutorul care li se oferă, acești pacienți ar putea căuta, în mod inconștient, răzbunarea împotriva părinților lor (Gabbard, 1988). Când astfel de pacienți simt că-l fac pe doctorul lor să se simtă mizerabil, ei înregistrează, deseori, un triumf secret.

Un aspect unic al transferului în farmacoterapia dinamică este transferul față de medicația în sine (Gutheil, 1982). Răspunsul placebo la medicație are deseori aceeași calitate transferențială. Un pacient maniacal, de exemplu, a devenit extrem de liniștit după o doză de 300 mg de carbonat de litiu, o reacție care nu poate fi explicată farmacologic. Efectele secundare placebo sunt de asemenea frecvente. O altă manifestare a transferului față de medicație este răspunsul la schimbarea ritualului tratamentului la pacienții cronici (Appelbaum și Gutheil, 1980). Astfel de pacienți pot avea decompensări psihotice la cea mai mică modificare a regimului lor uzual de tratament.

Relația transferențială față de o medicație poate fi evidentă în situațiile în care tabletele iau locul doctorului absent. Tabletele pot funcționa ca obiecte tranziționale pentru anumiți pacienți, permițându-le să mențină sentimentul unei legături cu psihiatrii lor, chiar

dacă îi întâlnesc pe aceștia destul de rar (Book, 1987). Pacientul poate resimți o oarecare alinare dacă atinge sau privește medicamentul. În programele de formare, unde rezidenții schimbă clinicile în fiecare an, pacienții se pot adapta la pierderea doctorului lor, devenind foarte atașați de tratamentul prescris de doctorul care pleacă (Gutheil, 1977).

Transferul de acest tip este puternic și poate conduce la o altă formă de noncomplianță — refuzul de a întrerupe medicația, din cauza semnificației inconștiente a medicației pentru pacient. Aspectele legate de transfer trebuie întotdeauna luate în considerare atunci când li se prescriu agenți psihotropi pacienților paranoizi. În cazurile mai puțin evidente, pacientul poate întrerupe medicația aparent din cauza efectelor secundare neplăcute, când de fapt el se teme să nu fie otrăvit. Insistența asupra complianței va accentua în mare măsură paranoia, pe când o explorare empatică a naturii fricii sale ar putea ajuta pacientul să realizeze că frica este nefondată și să-l privească pe terapeut ca mai puțin amenințător (Book, 1987).

5.4.2 Contratransferul

Prescrierea tratamentului medicamentos este expusă, ca orice altă intervenție terapeutică, la contaminarea prin contratransfer. O manifestare comună a contratransferului este prescrierea excesivă. Nu este neobișnuit ca un pacient să ajungă la spital sau la camera de gardă cu o pungă plină cu agenți psihoactivi. Un astfel de pacient, de exemplu, lua trei antipsihotice, două antidepresive, carbonat de litiu și două benzodiazepine. După câteva zile în spital, a devenit evident faptul că acest pacient trezea sentimente intense de impotență și furie la terapeuții săi. Medicația excesivă reflecta disperarea contratransferențială a psihiatrului curant.

Rana narcisică poate juca, de asemenea, un rol în contratransfer. Unii psihoterapeuți pot fi incapabili să prescrie o medicație cu adevărat necesară, întrucât ei consideră că a face acest lucru ar fi sinonim cu a accepta că abilitățile lor psihoterapeutice au fost ineficiente. Alții pot induce sentimente de vinovăție la pacienții noncomplianți, astfel încât pacienții se vor simți obligați să fie complianți cu regimul medicamentos din dorința de a nu-l ofensa pe doctorul lor.

Unii psihiatri se tem de sentimentele intense, de orice fel, care pot apărea în transfer. Medicația poate fi considerată ca o modalitate de a se adapta la această anxietate transferențială. Discutarea efectelor secundare poate fi influențată, de asemenea, de această anxietate. De exemplu, un psihiatru poate evita să vorbească despre efectele secundare sexuale ale inhibitorilor selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS), din cauza propriului disconfort legat de discuțiile sexuale deschise. Ca

rezultat, pacienții care resimt aceste efecte pot pur și simplu să întrerupă medicația, fără să-l informeze pe doctor.

Furia contratransferențială, care este o reacție obișnuită față de noncomplianța pacienților, poate îmbrăca multe forme. Unii psihiatri pot să se alieze tacit cu noncomplianța, pentru a demonstra cât de bolnavi vor fi pacienții lor dacă nu urmează „indicațiile doctorului" (Book, 1987). Alții ar putea să intimideze pacienții ca să ia medicația sau să-i amenințe că vor fi excluși din tratament dacă nu sunt complianți. Acei psihiatri cărora le este dificil să-și controleze furia ar putea refuza să pună limite pacienților care cer doze din ce în ce mai mari de medicamente. În aceste cazuri psihiatrul speră că satisfacerea cererilor pacientului va ține agresivitatea și ostilitatea în afara relației terapeutice. Din păcate, atât cererile pacienților, cât și furia vor crește de obicei.

5.4.3 Rezistențele

Rezistența față de tratament constituie o forță puternică în farmacoterapie, ca și în psihoterapie. Boala poate fi preferabilă sănătății, din numeroase motive. De exemplu, este bine cunoscut că pacienții cu tulburare afectivă bipolară se bucură de episoadele lor maniacale atât de mult, încât vor întrerupe tratamentul cu litiu. Într-un studiu pe pacienți cu schizofrenie (Van Putten et al., 1976), a fost descoperită o cauză similară de rezistență. În această investigație, efectele secundare și beneficiul secundar nu prea aveau legătură cu noncomplianța. O psihoză grandioasă egosintonică a fost cel mai puternic factor de discriminare, care a diferențiat pacienții cu schizofrenie noncomplianți de cei complianți. În mod clar, pacienții noncomplianți au preferat trăirea lor de grandoare psihotică.

Negarea bolii este o altă cauză importantă de rezistență la farmacoterapie. Pentru unii pacienți, orice agent psihotrop poartă stigmatul bolii psihice. Când un pacient cu un episod psihotic acut intră în remisie, pacientul poate opri medicația antipsihotică responsabilă de remisie, întrucât tratamentul de întreținere are conotația bolii psihice cronice. Pacienții care nu sunt psihotici și care sunt dornici să urmeze un tratament psihoterapeutic vor fi reticenți față de sugestia unui tratament medicamentos, întrucât ei sunt convinși că asta înseamnă că sunt mai bolnavi decât ar vrea să creadă. În mod asemănător, pacienții care au o rudă care a urmat tratament psihofarmacologic ar putea să se identifice inconștient cu acea rudă, atunci când li se propune aceeași medicație (Book, 1987). Această identificare poate servi ca rezistență față de acceptarea tratamentului, în special dacă ruda a avut o evoluție extrem de nefavorabilă, cum ar fi recurgerea la suicid.

5.4.4 Alianța terapeutică

Discuția anterioară despre noncomplianță ar trebui să ilustreze faptul că alianța terapeutică joacă un rol crucial în farmacoterapia dinamică. Numeroși autori au subliniat că realizarea alianței terapeutice face parte din procesul de prescriere a tratamentului (Docherty și Fiester, 1985; Elkin et al., 1988; Gutheil, 1982; Howard et al., 1970). Deși o mare parte din cercetarea contemporană referitoare la psihofarmacologie nu cuantifică relația doctor–pacient, mulți investigatori au subliniat influența acesteia asupra complianței. S-a efectuat un studiu (Howard et al., 1970) care a descoperit că aspectele subtile ale comportamentului terapeutului, incluzând entuziasmul vocal, limbajul trupului și utilizarea numelui pacientului, au diferențiat psihiatrii cu rate scăzute de renunțare la tratament de cei cu rate ridicate de noncomplianță. Acest studiu a indicat, de asemenea, că atenția acordată alianței terapeutice la prima consultație a prevenit apariția noncomplianței la tratamentul medicamentos.

Cercetarea asupra pacienților depresivi a indicat că alianța terapeutică este un factor-cheie, indiferent de tipul de tratament. Chiar dacă un pacient este tratat de la început cu medicație antidepresivă, conceptul psihodinamic de alianță terapeutică este la fel de important ca atunci când un pacient efectuează doar psihoterapie. O echipă de cercetători (Krupnick et al., 1996) a examinat un eșantion de 225 de pacienți depresivi, în cadrul Programului de Cercetare în Colaborare a Tratamentului Depresiei al Institutului Național de Sănătate Mintală. Clinicienii au evaluat înregistrările video ale ședințelor de tratament din toate cele patru variante: 16 săptămâni de terapie cognitivă, 16 săptămâni de terapie interpersonală, 16 săptămâni de imipramină plus management clinic și 16 săptămâni de placebo plus management clinic. Când au fost evaluate rezultatele pentru acești pacienți, s-a constatat că alianța terapeutică a avut un efect semnificativ asupra stării clinice, în toate cele patru variante. De fapt, contribuția pacientului la alianța terapeutică a influențat în proporție de 21% variația rezultatului în evaluările standardizate ale evoluției, iar o mai mare variație a rezultatului a fost atribuită alianței globale decât metodei de tratament în sine. Nu s-au constatat diferențe de grup semnificative între cele patru variante de tratament, în privința relației dintre alianța terapeutică și evoluția clinică. Acesta a fost primul studiu empiric care a arătat că alianța terapeutică are același efect asupra rezultatelor, indiferent dacă tratamentul constă în psihoterapie sau farmacoterapie.

Studiile asupra ratei de renunțare atât în cadrul tratamentului psihoterapeutic, cât și în al celui psihofarmacologic au subliniat că expectațiile pacientului pot influența eșecul (Freedman et al., 1958; Overall și Aronson, 1963). Pacienții sunt diferiți și vin la psihiatru cu expectații

diferite referitoare la tipurile disponibile de tratament. La un moment dat, în timpul primului interviu, psihiatrul trebuie să exploreze expectațiile pacienților, astfel încât tratamentul prescris să fie în oarecare măsură concordant cu acestea. Dacă tratamentul ales este contrar ideilor preconcepute ale pacientului, ar putea fi necesar un efort de educație, pentru a convinge pacientul de utilitatea sa.

Cercetări recente despre efectul placebo oferă perspective interesante asupra rolului expectației pacientului. Într-unul dintre studii (Wager et al., 2004), subiecții au primit o cremă inactivă și li s-a spus că are efect analgezic. Li s-a aplicat apoi un stimul dureros termic sau un șoc la încheietura mâinii. La persoanele la care s-a observat o creștere a activității în cortexul prefrontal înainte de aplicarea stimulului, s-au constatat, de asemenea, cea mai marcată reducere a activității în regiunile cerebrale implicate în sensibilitatea față de durere, precum și o raportare a reducerii durerii subiective. Investigatorii au tras concluzia că rezultatele arată că anticiparea alinării durerii este în strânsă conexiune cu reducerea reală a durerii. Controlul cognitiv legat de activitatea prefrontală îi poate ajuta pe pacienți să adopte o atitudine asociată cu alinarea durerii. În mod similar, educarea atentă a pacienților referitor la medicația prescrisă și importanța acordată relației doctor–pacient pot oferi un context de expectații pozitive, care poate facilita reducerea componentelor cognitive ale depresiei.

În Capitolul 4, conceptul de colaborare a fost subliniat în cadrul discuției despre alianța terapeutică în psihoterapie. Un concept analog de „prescriere participativă" (Gutheil, 1982) este relevant pentru farmacoterapie. Tendința inconștientă a anumitor psihiatri de a adopta o atitudine mai autoritară atunci când prescriu o medicație poate conduce la noncomplianță. Variabila referitoare la educația pacientului influențează pozitiv dezvoltarea unei alianțe terapeutice în farmacoterapie. Toți pacienții trebuie să fie informați pe larg despre efectele terapeutice și secundare ale oricărui agent farmacologic pe care îl primesc. În privința pacienților psihotici însă, această discuție trebuie uneori să aștepte până când episodul acut este sub control farmacologic.

Putem întâlni frecvent tipuri speciale de probleme legate de complianță atunci când medicația se adaugă unui proces psihoterapeutic în desfășurare, ca în exemplul următor:

> Dna D, o femeie de 39 de ani, angajată, solicită tratament psihiatric din cauza unor sentimente de depresie, scăderii energiei, lipsei satisfacției profesionale, dificultăților legate de somn și diminuării dorinței sexuale. Ea a părut extrem de recunoscătoare pentru ocazia de a fi ascultată de cineva. După câteva săptămâni și deci câteva ședințe de psihoterapie, dna D a început să resimtă o mare încredere în terapeutul ei. Ea își punea sufletul pe tavă în timpul ședințelor, cu intensitate, într-o

manieră impresionantă. Cu multe lacrimi, ea a povestit dificultățile extraordinare din viața sa și problemele pe care le-a avut acasă și la serviciu.

După aproximativ șase săptămâni de astfel de ședințe, terapeutul i-a spus că simptomele sunt suficient de severe pentru ca el să-i prescrie un antidepresiv. Terapeutul i-a scris rețeta, i-a explicat efectele secundare pe care le-ar putea resimți și a trimis-o cu indicația de a începe să ia medicamentul imediat.

În săptămânile următoare, dna D a venit la ședințe și a început să povestească din nou despre problemele ei, dar nu a pomenit deloc despre medicație. Când terapeutul a întrebat-o cum se simte cu medicamentul pe care i l-a prescris, ea i-a răspuns că nu are timp să meargă la farmacie să-și ia rețeta, dar că va merge în următoarele zile. Terapeutul a subliniat din nou importanța demarării tratamentului medicamentos cât mai repede posibil. Dna D a minimalizat faptul că nu a avut timp să-și ia rețeta și l-a asigurat pe terapeut că va face asta înainte de următoarea ședință.

După o săptămână, dna D s-a întors la ședința de terapie. Din nou a relatat că nu a reușit să meargă la farmacie. Știind că această lipsă de complianță reflectă vreun proces dinamic încă neevident, terapeutul a explorat cu pacienta motivele pentru care nu ar dori să ia medicamentul. Cu oarecare reținere, dna D a recunoscut că îi este foarte teamă că primește medicație, întrucât terapeutul nu dorește să audă toate problemele pe care le povestește în fiecare ședință. Dna D a resimțit prescrierea medicației ca și când i s-ar fi spus „taci din gură". Terapeutul a întrebat-o dacă a avut experiențe similare de-a lungul vieții. Ea a povestit că tatăl său nu era o persoană vorbăreață și că a fost pedepsită aspru, toată copilăria și adolescența, pentru că se plângea mereu. Dna D a remarcat, de asemenea, că și soțul ei era foarte asemănător și că el a insistat ca ea să meargă la psihiatru, pentru a nu mai fi obligat să-i asculte plângerile. Ei îi era teamă că terapeutul nu o va mai primi în psihoterapie dacă va răspunde bine la tratamentul medicamentos.

Terapeutul i-a explicat că medicația și psihoterapia nu se exclud și că va continua să lucreze în psihoterapie cu ea în timp ce va urma tratamentul medicamentos. Dna D a părut liniștită după astfel de asigurări și s-a arătat compliantă cu medicația, în mod regulat, în urma acestei ședințe.

5.4.5 Tratamentul combinat

În ciuda tradiționalei opoziții dintre psihoterapeuți și farmacoterapeuți, combinarea psihoterapiei și a medicației este o practică veche în clinica psihiatrică. Luborsky et al. (1975) au trecut în revistă 26 de studii care au evaluat tratamentul combinat și au constatat că în 69% dintre comparații abordarea combinată a fost mai eficientă decât psihoterapia și farmacoterapia luate separat. Puțini dintre clinicienii de orientare analitică nutresc încă teama că medicația va interfera cu procesul psihoterapeutic. Într-un studiu efectuat pe terapeuții din cadrul Academiei Americane de Psihanaliză, 90% dintre cei care au răspuns au raportat că prescriu medicație (Normand și Bluestone, 1986). Un studiu al Universității Columbia (Roose și Stern, 1995) a arătat că

farmacoterapia este utilizată împreună cu psihanaliza în 29% dintre cazurile supervizate în cadrul formării din institutul de psihanaliză. Aceasta sugerează că medicația nu mai este privită ca un factor de contaminare, care ar putea interfera cu obținerea unui certificat de către analiștii în formare.

Astăzi nu se mai pune întrebarea dacă această combinație dintre psihoterapie și medicație este benefică, ci mai degrabă în ce mod este benefică această combinație (Gabbard și Bartlett, 1998; Gabbard și Kay, 2001). Există variații nelimitate ale modului în care cele două abordări pot interacționa în cazul oricărui tratament particular. Asemănător, există multe variații ale felului în care pacienții răspund atunci când medicația este adăugată psihoterapiei pe care o fac. Unii pacienți resimt faptul că tratamentul este lăsat pe seama medicației și că terapeutul îi abandonează (Roose și Stern, 1995). Alți pacienți consideră că medicația îi va ajuta să obțină mai mult de la psihoterapie. Deseori, percepțiile pacientului și ale terapeutului referitoare la contribuția relativă a medicației și terapiei sunt de-a dreptul opuse. Într-un caz în care a fost adăugat un ISRS unui pacient în analiză (Solomon, 1995), pacientul a fost convins că analistul său a considerat efectele pozitive ale medicației ca fiind în primul rând de ordin psihologic. În schimb, pacientul a considerat că 90% din efectul medicației era de ordin farmacologic.

Clinicienii care combină cele două abordări trebuie să fie conștienți de „relaționarea bimodală", inerentă rolului dual (Docherty et al., 1977). Pacientul trebuie să fie văzut simultan ca o persoană tulburată și ca un sistem nervos central îmbolnăvit. Prima perspectivă necesită o abordare empatică, subiectivă, pe când cea de-a doua necesită o abordare obiectivă, conformă unui model medical. Clinicianul trebuie să fie capabil să treacă în mod armonios de la un mod la altul, în timp ce rămâne atent la impactul pe care această trecere îl are asupra pacientului.

Psihiatrii care combină psihoterapia și medicația pot avea dificultăți în privința celui mai potrivit mod de a ridica problema medicației în timpul unei ședințe de psihoterapie (Gabbard și Kay, 2001). Din nefericire, strategia tehnică nu poate fi redusă la indicații asemănătoare „unei rețete din cartea de bucate". Cu unii pacienți, discuția asupra medicației va servi ca o rezistență la abordarea elementelor psihoterapeutice. În alte cazuri, pacientul va sublinia temele psihodinamice, pentru a capta interesul terapeutului, în timp ce va evita complet probleme referitoare la medicație, cum ar fi efectele secundare sexuale, de care se jenează să discute. Cu unii pacienți, în anumite momente ale procesului terapeutic, abordarea problemelor legate de medicație la începutul ședinței poate fi o soluție optimă. Cu alții, rezervarea unui răstimp de 5 minute, la sfârșit, pentru a discuta tratamentul medicamentos poate servi mai bine terapiei. În alte cazuri, elementele

referitoare la medicație ar trebui intercalate cu temele psihoterapeutice, fiind discutate intermitent de-a lungul întregii ședințe.

Compatibilitatea fundamentală dintre biologie și psihodinamică a fost subliniată în Capitolul 1. O latură a acestei uniuni o constituie practica tot mai frecventă de a combina farmacoterapia și psihoterapia. Întrucât se construiesc în continuare legături conceptuale între cele două abordări, o mare parte din practică este încă de natură empirică. Și aici, ca în toată psihiatria, principiul de bază trebuie să fie acela de a ajuta pacientul și nu de a rămâne ancorat în propriile orientări teoretice.

6. Tratamente în psihiatria dinamică
Tratamentul informat dinamic în condiții de spitalizare completă și parțială

Întrucât principiile psihodinamice s-au dezvoltat mai ales din practica psihanalizei, aceste precepte sunt uneori concepute destul de îngust pentru a fi relevante doar tratamentului pacienților ambulatori. Un rezident în psihiatrie i-a cerut ajutorul supervizorului său pentru a înțelege un pacient spitalizat însă i s-a răspuns: „Dinamica se aplică doar pacienților din ambulatoriu, nu și celor internați". Bineînțeles, nimic nu poate fi mai departe de adevăr. Totuși, comentariul supervizorului reflectă un curent regretabil, existent în spitalul psihiatric modern, care consideră serviciul de psihiatrie un simplu container, unde pacienții așteaptă ca medicația să-și facă efectul. Tratamentul multor pacienți este mult mai eficient dacă tratamentul din spital este abordat dintr-o perspectivă dinamică.

În ultimele două decenii, spitalele de psihiatrie au cunoscut o scădere dramatică a duratei spitalizării, legată de atitudinea agresivă referitoare la utilizare, a companiilor de asigurări și a firmelor de management al îngrijirii (Gabbard, 1992a, 1994). Ca rezultat, o bună parte din informația valoroasă extrasă din tratamentul spitalizat de lungă durată al pacienților cu tulburări grave a fost adaptată pentru utilizarea în alte situații, cum ar fi cele de spitalizare parțială sau spitalizare de zi. Totuși, chiar și în cadrul spitalului, strategiile care s-au bucurat de o informare psihodinamică au continuat să se dovedească foarte utile, în măsura în care au fost modificate pentru o abordare mai circumscrisă, în unitățile de îngrijire a cazurilor acute (Gabbard, 1997). Indiferent dacă tratamentul a fost efectuat în timpul unei spitalizări scurte sau al unei internări mai extinse într-un serviciu de spitalizare parțială, există anumite avantaje și provocări asociate unui cadru în care intervin mai mulți terapeuți. În acest capitol voi examina modul în care gândirea psihodinamică poate fi aplicată cu succes în astfel de servicii de îngrijire.

Modelele discutate ar trebui să fie considerate a fi aplicabile, în egală măsură, în cadrul tratamentului din spitale, spitale de zi, precum și în servicii ambulatorii de tratament intensiv, care implică mai mulți participanți la procesul terapeutic.

6.1 O perspectivă istorică

Practicianul se poate inspira dintr-o lungă tradiție de aplicare a principiilor psihanalitice în tratamentul din cadrul spitalului. Istoria noțiunii de spital psihanalitic a început cu opera lui Simmel (1929) la Schloß Tegel din Berlin, unde acesta a remarcat că anumiți pacienți nu pot fi analizați în afara unui spital din cauza diferitelor comportamente simptomatice, cum ar fi alcoolismul sau fobiile. El a avut ideea că un spital ar putea extinde ora pacientului pe divan, prin formarea membrilor personalului spitalului pentru a conduce un tratament cvasianalitic în mediul respectiv, pe măsură ce apar elemente legate de transfer și rezistență.

În creativa și strălucita lucrare *Ghid pentru prescriere*, Will Menninger (1939/1982) a demitizat modelul psihanalizei individuale și a încercat să aplice principiile psihanalizei direct în spital, prin manipularea mediului. Plecând de la presupunerea că toate simptomele și tulburările de comportament derivă din tulburări ale fuziunii și expresiei corecte a celor două pulsiuni instinctuale majore — libido și agresivitate —, el a dezvoltat un sistem de tratament prin mediu, bazat în special pe sublimare și care nu necesită insight. În loc să utilizeze frustrarea sau interpretarea dorințelor și conflictelor inconștiente, această abordare se centrează pe recanalizarea energiilor în direcții mai puțin dăunătoare. De exemplu, Menninger a încurajat expresia directă a ostilității către obiecte de substitut; recomandările pentru un pacient pot merge de la demolarea unei clădiri la lovirea unui sac de box. Din păcate, acest al doilea model nu poate lua în considerare acei pacienți cu un Eu a cărui slăbiciune implică probleme de control al impulsurilor. Ei necesită un tratament conceput pentru a-i ajuta să dobândească un mai mare control asupra expresiei pulsiunilor și nu pentru redirecționarea acestei exprimări. Mai mult, această conceptualizare a fost limitată prin faptul că se raporta doar la teoria instinctului dual din perioada respectivă, care avea tendința să neglijeze contextul relațiilor de obiect, în care apar tulburări ale pulsiunilor, și nu a permis examinarea sistematică a transferului și contratransferului în mediul respectiv.

Cel de-al treilea model s-a dezvoltat din conștientizarea faptului că pacienții aveau tendința să recreeze, cu diferiți membri ai personalului

din spital, conflictele pe care le aveau cu membrii propriei familii (Hilles, 1968). Interpretarea modelelor de comportament maladaptiv din perspectiva originii lor în trecutul pacientului era obișnuită în cadrul acestui model, care se baza tot mai puțin pe oferirea unor substitute de eliberare a nevoilor inconștiente. Mediul nu era privit ca o comunitate terapeutică în care se pune accentul pe experiențe reale, constructive, cu persoane care au probleme asemănătoare, ci era privit ca un ecran pe care se proiectează modele arhaice, pentru a fi apoi examinate.

Câțiva autori (Gabbard, 1986, 1988, 1989c, 1992a; Harty, 1979; Stamm, 1985b; Wesselius, 1968; Zee, 1977) au subliniat faptul că înțelegerea contratransferului este o parte integrantă a acestui model. Influențele contratransferențiale apar mai degrabă regulat decât ocazional, iar examinarea sistematică a contratransferului ar trebui să facă parte din munca de rutină a echipei terapeutice. O temă care revine în diferitele variante ale tratamentului spitalizat informat psihanalitic este aceea că pacienții recreează în mediul respectiv propriile relații interne de obiect. Acest punct de vedere este reflectat de încercarea de integrare a lui Kernberg (1973), prin sintetizarea teoriei psihanalitice a relațiilor de obiect, a teoriei sistemelor și a utilizării proceselor de grup, într-o abordare globală a tratamentului din cadrul spitalului. Un principiu de bază al abordării sale este acela că în noi toți există un potențial pentru relațiile de obiect cu nivel înalt — tipic pentru nevroza de transfer din tratamentul psihanalitic individual —, precum și pentru un nivel mai primitiv al relațiilor de obiect, conducând la regresia psihotică în situațiile de grup. El a teoretizat că dacă nivelul mai înalt al relațiilor de obiect este activat în relațiile terapeutice individuale, versiunile mai primitive sunt mai degrabă activate în cadrul tratamentelor de grup. O combinație a tratamentului individual și de grup în cadrul spitalizării oferă posibilitatea intervenției la ambele niveluri.

6.2 Principii dinamice în tratamentul spitalizat contemporan

O abordare dinamică asigură o înțelegere a diagnosticului, care acordă totodată o mare atenție părților slabe și tari ale Eului pacientului, relațiilor de obiect intrapsihice ale acestuia, așa cum se manifestă în relațiile familiale și sociale, capacității sale de abordare psihologică, precum și originii infantile a problemelor curente. O evaluare psihodinamică poate duce clinicianul la concluzia că intervențiile care vizează interpretarea și descoperirea materialului inconștient nu sunt adecvate. Pentru pacienții cu o slăbiciune semnificativă a Eului și/sau o afectare

cognitivă de origine organică, sunt recomandate abordările de susținere a Eului și cele destinate consolidării autostimei.

Teoriile psihanalitice ale dezvoltării sunt utile pentru conceperea planurilor terapeutice ale pacienților spitalizați. O echipă din spital, informată psihanalitic, realizează că majoritatea pacienților sunt opriți în dezvoltarea lor. Cunoașterea teoriei psihanalitice îi permite echipei să răspundă adecvat față de nivelul de dezvoltare al pacientului, acceptând noțiunea că pacientul este un copil în corpul unui adult. Această perspectivă ajută membrii personalului să evite pericolul depersonificării (Rinsley, 1982), prin care ei se așteaptă ca pacientul să se comporte ca un adult matur și politicos, în ciuda psihopatologiei severe. O astfel de depersonificare a constituit deseori istoria vieții pacienților cu tulburări severe în ceea ce privește interacțiunea cu membrii propriei familii.

Teoria psihanalitică oferă modele de intervenție croite pe nevoile de dezvoltare adecvate fazei în care se află pacientul, cum ar fi reflectarea empatică (Kohut, 1971) și asigurarea unui mediu conținător (Stamm, 1985a; Winnicott, 1965). În acest context, limitele asociate cu structura spitalului sunt considerate nu drept pedepse pentru un comportament imatur și iritant, ci drept substitute externe pentru structurile intrapsihice care lipsesc. În acest sens, membrii personalului trebuie să îndeplinească funcții de Eu auxiliar, cum ar fi testarea realității, controlul impulsurilor, anticiparea consecințelor (judecată) și accentuarea diferențelor dintre Sine și obiect. Din perspectiva teoriei atașamentului, personalul mediului spitalicesc asigură o bază sigură pentru pacienți. Afectele intense sunt conținute pentru pacienți, până când ele pot fi modulate de către pacienții înșiși. Membrii personalului cultivă atașamentul ascultând istoriile personale ale pacienților și încercând să înțeleagă perspectiva lor (Adshead, 1998).

Pacienții care se internează într-o unitate spitalicească sau într-un spital de zi au tendința să repete propriile relații familiale în mediul respectiv. Mai precis, ei externalizează relațiile lor interne de obiect. Reluarea relațiilor interne de obiect ale pacientului în aria interpersonală oferită de mediu poate fi cel mai bine înțeleasă prin examinarea mecanismelor de apărare ale clivajului și identificării proiective. Deși aceste mecanisme operează într-o oarecare măsură la pacienții nevrotici, ele sunt prevalente la pacienții cu un nivel de organizare a Eului de tip borderline și psihotic, trăsături care pot caracteriza, de asemenea, grupul de pacienți cel mai frecvent întâlnit în mediul intraspitalicesc. Mai mult, aceste mecanisme sunt fără îndoială activate, cel puțin în parte, de dinamica de grup, inerentă în echipa de lucru dintr-un spital sau spital de zi. Clivajul și identificarea proiectivă lucrează în tandem pentru dezaprobarea și externalizarea reprezentărilor Sinelui sau obiectului, frecvent asociate cu stări afective specifice. Această dezaprobare

proiectivă este, de asemenea, o modalitate de a sili persoanele din mediu să participe într-o versiune externalizată a unei relații interne de obiect.

Identificarea proiectivă operează inconștient, automat și cu putere de constrângere. Clinicienii se simt „agresați" sau constrânși în a se conforma rolului care li s-a atribuit în mod proiectiv. O axiomă de bază a tratamentului informat psihodinamic recunoaște faptul că membrii personalului sunt mai degrabă asemănători cu pacientul, decât diferiți de acesta. Sentimentelor, fantasmelor, identificărilor și introiecțiilor pacienților le regăsim elemente corespunzătoare la membrii echipei. Întrucât aceste elemente care corespund pot fi mai puternic refulate la membrii personalului atunci când sunt activate de către un pacient, ele sunt frecvent trăite ca forțe străine care se năpustesc asupra terapeutului. Symington (1990) a caracterizat acest proces de identificare proiectivă drept paradigma agresor/victimă, în care persoana este lipsită de libertatea de a-și gândi propriile gânduri. Într-adevăr, clinicienii care sunt ținta materialului proiectat resimt deseori că ei sunt într-un fel de legătură strânsă cu pacientul, în care ei nu pot gândi, simți sau funcționa în rolul lor terapeutic obișnuit.

Definirea identificării proiective în această manieră sugerează că o mare parte din contratransferul intens trăit de membrii personalului poate fi înțeleasă ca izvorând din identificările inconștiente cu aspecte proiectate din lumea internă a pacientului. Totuși, ar fi naiv și simplist să considerăm că toate reacțiile emoționale care apar la terapeuți ar putea fi atribuite comportamentului pacienților. Clinicienii vor manifesta, de asemenea, reacții emoționale care țin de forma clasică sau îngustă de contratransfer, în care terapeuții reacționează față de pacienți ca și când aceștia ar fi persoane din trecutul terapeuților. Unul dintre avantajele muncii în contextul unei echipe terapeutice este faptul că membrii acesteia se pot ajuta unul pe celălalt, pentru a putea diferenția modelele contratransferențiale caracteristice bazate pe propriile probleme psihologice ale membrilor echipei de acelea care sunt identificări impuse, cu aspecte proiectate din lumea internă a pacientului. Ar fi ideal ca fiecare membru al echipei să poată face astfel de distincții în mod individual, dar aceste expectații nu sunt realiste într-un cadru cu mai mulți terapeuți.

Descrierea mecanismelor de clivaj și de identificare proiectivă oferă doar o explicație parțială a tendinței pacienților de a externaliza relațiile interne de obiect în relațiile din mediu. A sublinia faptul că această repetiție apare inconștient, automat și cu o forță de constrângere nu explică suficient forțele motivaționale inconștiente din spatele acestei repetiții. Pot fi identificate cel puțin patru forțe diferite care contribuie la repetiția relațiilor interne de obiect (Gabbard, 1992b; Pine, 1990).

6.2.1 Controlul activ al traumei trăite în mod pasiv

În recrearea modelelor internalizate de relaționare în cadrul spitalului sau spitalului de zi, pacienții pot încerca să stăpânească activ trauma trăită pasiv. Prin reactivarea relațiilor problematice, pacienții pot dobândi un sentiment de stăpânire și control asupra relațiilor traumatice din trecut, întrucât de data asta ei dețin puterea.

6.2.2 Menținerea atașamentelor

Unități ale relațiilor de obiect sunt, de asemenea, restabilite cu terapeuții, întrucât noile relații servesc drept o modalitate de a menține atașamentele față de persoanele importante din copilărie, în special părinții. Chiar dacă relațiile din copilărie cu părinții au fost abuzive și conflictuale, copilul le va privi totuși ca surse de plăcere (Pine, 1990). O relație sado-masochistă este mai bună decât lipsa totală a unei relații (Gabbard, 1989b). Mai mult, chiar relațiile „rele" sau chinuitoare pot aduce alinare în sensul că ele sunt predictibile și fiabile și îi asigură pacientului un sentiment de continuitate și semnificație (Gabbard, 1998). Alternativa constă într-un sentiment profund de abandon și anxietatea de separare asociată acestuia.

6.2.3 Un strigăt de ajutor

A considera identificarea proiectivă doar ca pe un mecanism de apărare este o perspectivă îngustă (vezi Capitolul 1). După cum resimte cu putere persoana care este ținta materialului proiectat, aceasta este și o formă de comunicare (Casement, 1990; Gabbard, 1989a; Ogden, 1982). Anxietățile primitive operează într-un mod care îl face pe pacient să resimtă o presiune extraordinară de a scăpa de afecte pe care nu le poate stăpâni, inclusiv reprezentările Sinelui și obiectului asociate cu aceste afecte. O oarecare ușurare apare atunci când un terapeut este forțat să trăiască materialul proiectat, care este copleșitor pentru pacient. Pacientul îi poate comunica inconștient clinicianului: „Eu nu pot să exprim experiența mea internă, dar prin crearea unor sentimente similare în tine, poate tu reușești să dovedești empatie pentru lupta mea internă și să mă ajuți cumva." Astfel, deși identificarea proiectivă poate avea ca scop eliberarea unei persoane de sentimente copleșitoare și externalizarea lor într-un context interpersonal, ea constituie, de asemenea, o modalitate de a căuta ajutor pentru aceste sentimente, printr-o formă rudimentară de empatie (Casement, 1990).

6.2.4 O dorință de transformare

Relațiile interne de obiect abuzive pot fi de asemenea externalizate, în speranța că ele pot fi transformate. Sandler și Sandler (1978) au observat că pacienții internalizează o interacțiune pe care și-o doresc, o fantasmă a relaționării lor cu un părinte, care le răspunde într-o manieră ce corespunde dorințelor. În acest sens, putem trage concluzia că relațiile anterioare sunt repetate cu speranța inconștientă că de data asta vor fi diferite (i.e., atât obiectul, cât și Sinele vor fi transformate în relația fantasmatică la care tânjește pacientul).

Un spital de zi sau o unitate de spitalizare obișnuită poate oferi o formă nouă și diferită de relaționare interpersonală care facilitează internalizarea unei relaționări mai puțin patologice cu obiectul. În mediul optim, scopul membrilor echipei este de a relaționa cu pacienții astfel încât să evite să fie provocați să răspundă așa cum ar face-o reprezentările interne de obiect ale pacienților. Prin faptul că nu se comportă ca toți ceilalți din lumea pacienților, ei pot oferi noi obiecte și noi modele de relaționare pentru pacient.

Răspunsurile inițiale față de un pacient pot fi asemănătoare cu ale celorlalți din mediul pacientului, dar pe măsură ce membrii echipei se familiarizează cu lumea obiectelor interne a pacientului, ei se străduiesc să conțină proiecțiile în loc să se identifice cu acestea. Făcând acest lucru, se rupe cercul vicios. Pacientul este confruntat cu un grup de persoane care răspund diferit de toți ceilalți. Aceste persoane încearcă să înțeleagă procesele interpersonale, în loc să se alăture automat „dansului" celorlalți.

Weiss et al. (1986), care au studiat înregistrările audio ale analizelor cu nevrotici, au ajuns la concluzia că un factor curativ al analizei constă în eșecul analistului de a răspunde așa cum se așteaptă analizandul. Conform acestor cercetători, pacientul capătă convingeri patologice bazate pe interacțiunile timpurii cu figurile parentale, iar apoi încearcă inconștient să schimbe aceste convingeri în analiză, astfel încât să poată continua dezvoltarea. Cercetarea poate fi foarte bine aplicată într-un cadru cu mai mulți terapeuți, unde pacienții testează continuu, dar inconștient, membrii echipei, pentru a vedea dacă ei vor fi diferiți de figurile anterioare din mediul dinainte de spitalizare. Această situație necesită totuși un avertisment. Membrii personalului care doar „se poartă frumos" cu pacientul îl pot împiedica pe acesta să retrăiască și să perlaboreze vechile modele de relaționare. Există astfel, întotdeauna, un echilibru optim între a servi drept obiect nou și a servi drept obiect vechi, în orice mediu terapeutic (Gabbard și Wilkinson, 1994). De-a lungul timpului, modelele de relaționare cu „obiectul vechi" sunt înlocuite treptat de modele noi de relaționare, bazate pe noi experiențe cu echipa terapeutică și pe o nouă înțelegere de către pacient a nevoii sale inconștiente de a recrea relațiile anterioare.

În această formulare a relațiilor interne de obiect, sarcina terapeutică este aceea de a diagnostica cu atenție reprezentările Sinelui și de obiect ale pacientului și de a menține o vigilență constantă în privința naturii Sinelui și obiectului intern proiectat, în orice moment. În această sarcină este inclusă prezumția că terapeuții sunt suficient de familiarizați cu reprezentările interne proprii de Sine și de obiect, astfel încât să poată face diferența dintre cele două tipuri de contratransfer.

În modelul de tratament bazat pe transfer–contratransfer, echipa terapeutică trebuie să mențină o deschidere față de sentimentele puternice provocate de acești pacienți. Examinarea contratransferului trebuie să fie o parte integrantă a procesului terapeutic. Membrii echipei trebuie să accepte să servească drept containere pentru proiecțiile Sinelui și de obiect ale pacientului și pentru afectele legate de relațiile de obiect. În anumite cazuri, această abordare permite evitarea atitudinii de „medic devotat" descrisă de Searles (1967/1979), în care terapeutul încearcă să fie mereu iubitor, ca o apărare împotriva tendinței de a resimți sadism și ură față de pacient. Dacă terapeutul are reacții emoționale excesiv de controlate sau apărate față de pacient, procesul diagnostic de identificare a acestor relații interne de obiect va fi afectat. Mai important, procesul terapeutic va fi o șaradă; pacientul va fi incapabil să-l vadă pe terapeut ca pe o persoană adevărată implicată într-o relație autentică de obiect întreg.

Deschiderea față de reacțiile contratransferențiale trebuie să existe în mod similar și la nivelul grupului. Persoanele aflate în poziții de conducere a unității trebuie să încurajeze o atitudine care să nu fie critică, de acceptare față de reacțiile emoționale variate ale membrilor echipei vizavi de pacienți. Dacă cei care conduc transmit ideea că echipa ar trebui să-și ascundă sentimentele personale pentru a le asigura un bun tratament pacienților, astfel de expectații vor intra în rezonanță cu structura unui Supraeu deja hipertrofiat la majoritatea persoanelor care lucrează în serviciile de sănătate mintală și vor activa suplimentar apărările interne ale acestora, orientate spre refulare, represie sau clivaj al sentimentelor inacceptabile și al identificărilor.

În ciuda faptului că în ultimii ani a crescut presiunea pentru utilizarea întâlnirilor echipei în vederea documentării planurilor terapeutice de orientare comportamentală, reacțiile emoționale ale membrilor echipei față de pacienți trebuie să fie discutate deschis și cu înțelegere. Dacă întâlnirile echipei devin doar ședințe administrative orientate asupra sarcinilor, fără să existe un timp destinat prelucrării paradigmelor transferențiale–contratransferențiale, consecința va consta în disfuncția echipei, ceea ce va afecta procesul clinic. Mai mult, echipa nu va mai fi implicată într-un tratament informat dinamic, ci doar în „managementul de caz".

Atitudinea conducătorului unității sau a celui al echipei este crucială în determinarea atitudinii din cadrul discuțiilor legate de contratransfer.

Conducătorul trebuie să fie un model pentru ceilalți membri ai echipei, prin examinarea deschisă a propriilor sentimente și corelarea acestora cu relațiile interne de obiect ale pacientului. Conducătorul trebuie, de asemenea, să valorizeze și să accepte exprimarea sentimentelor din partea celorlalți membri ai echipei și să evite interpretarea acestora drept o manifestare a unor conflicte nerezolvate și neanalizate ale unei persoane din echipă. Când un membru al echipei împărtășește un sentiment perturbator legat de tratarea unui pacient, conducătorul trebuie să pună întrebări de genul: „De ce are nevoie pacientul să trezească o astfel de reacție în dumneavoastră?", „Ce repetă pacientul?", „Cu ce figură din trecutul pacientului vă identificați?", „Cum putem utiliza sentimentele pe care pacientul le trezește în dumneavoastră, pentru a înțelege modul în care partenera sau prietenii reacționează față de el?". Conducătorul echipei terapeutice trebuie, de asemenea, să devină familiar cu stilul uzual al fiecărui membru al echipei de a se relaționa cu pacienții. Această conștientizare trebuie să includă cunoașterea reacțiilor contratransferențiale caracteristice la anumite tipuri de pacienți, precum și a unei funcționări mai adaptative și lipsite de conflict. Familiarizarea cu aceste aspecte îl va ajuta pe conducătorul echipei să observe deviațiile de la modelele caracteristice de relaționare cu pacienții. Evident, în unele cazuri, conducătorul echipei terapeutice va trebui să abordeze anumiți membri ai echipei în particular, referitor la nevoia acestora de terapie personală sau de schimbare a carierei.

Membrii echipei terapeutice trebuie să știe că se pot aștepta să resimtă sentimente puternice față de pacient, care pot fi utilizate drept unelte diagnostice și terapeutice. Se poate face distincția dintre a avea sentimente puternice și a acționa în virtutea acestora. Evident, membrii echipei trebuie avertizați să remarce și să discute cu alți membri, dar să nu acționeze pe baza unor sentimente de natură agresivă sau erotică. Ei trebuie să fie încurajați să prelucreze sentimentele lor în cadrul întrunirilor de echipă și să folosească aceste sentimente pentru a diagnostica și înțelege relațiile interne de obiect ale pacientului. Pe măsură ce tratamentul progresează, membrii echipei vor înțelege mai bine relațiile interne de obiect ale pacientului, iar astfel vor fi mai puțin înclinați către identificare contratransferențială și vor putea, în schimb, să clarifice distorsiunile pacienților și natura lumii obiectelor interne ale acestora. Dacă membrii echipei au permisiunea să trăiască sentimente contratransferențiale puternice și să le discute devreme în cursul tratamentului unui pacient, ei vor fi capabili să abordeze pacientul într-o manieră mai obiectivă, pe măsură ce tratamentul înaintează.

Dacă terapeuții sunt înclinați să nege contratransferul lor de ură, furie și dispreț, datorită culpabilității, ei vor comunica totuși aceste sentimente intense, într-un mod nonverbal (Poggi și Ganzarain, 1983). Pacienții sunt extrem de capabili să detecteze acest mod de comunicare

și pot, ca urmare, să devină din ce în ce mai paranoizi. În măsura în care membrii echipei recunosc propria lor ambivalență și o abordează mai deschis, pacienții vor fi capabili să recunoască ambivalența lor și să le fie mai puțin frică de ura lor. Atâta timp cât membrii echipei neagă ura lor, ei doar confirmă frica pacienților că astfel de sentimente nu pot fi exprimate și trebuie evitate cu orice preț.

Modelul interacțiunii echipă–pacient indicat aici este asemănător cu acela propus pentru psihoterapeut în Capitolul 4. Membrii echipei din spital trebuie să evite să fie distanți și trebuie să se implice în câmpul interpersonal al pacientului într-o manieră spontană și controlată totodată. Această capacitate de a-și permite să fie „absorbit", însă doar parțial, constituie o resursă extraordinară care le permite terapeuților să dobândească o înțelegere empatică a problemelor relaționale ale pacientului (Hoffman și Gill, 1988).

6.3 Clivajul într-un cadru cu mai mulți terapeuți

Unul dintre avantajele unui cadru cu mai mulți participanți la procesul terapeutic față de terapia individuală este faptul că toate reprezentările Sinelui și de obiect ale pacientului sunt externalizate asupra diferiților membri ai echipei, dintr-o dată, în loc să se producă asupra psihoterapeutului singur, progresiv, de-a lungul timpului. Astfel, acest cadru servește ca o minunată unealtă de diagnostic și tratament pentru înțelegerea procesului de clivaj (vezi Capitolul 2).

Clivajul în cadrul tratamentului spitalizat a fost bine descris într-o serie de lucrări asupra contratransferului intens, evocat de pacienții cu tulburare de personalitate borderline, rezistentă la tratament (Burnham, 1966; Gabbard, 1986, 1989c, 1992b, 1994, 1997; Main, 1957). Cercetarea empirică sugerează faptul că mecanismul de clivaj nu apare doar la pacienții borderline, ci este întâlnit la o largă varietate de tulburări de personalitate (Allen et al., 1988; Perry și Cooper, 1986). Membrii echipei constată că își asumă și apără poziții total opuse, una împotriva celeilalte, cu o vehemență disproporționată față de importanța problemei. Pacientul a oferit o reprezentare a Sinelui unei părți din echipa terapeutică și o altă reprezentare a Sinelui unei alte părți (Burnham, 1966; Cohen, 1957; Gabbard, 1986, 1989c, 1992b, 1994, 1997; Searles, 1965). Prin identificare proiectivă, fiecare reprezentare a Sinelui provoacă o reacție corespunzătoare în terapeut, care poate fi înțeleasă ca o identificare inconștientă cu obiectul intern proiectat de către pacient. Paradigma transfer–contratransfer produsă de o constelație Sine–obiect poate să se deosebească dramatic de cea produsă de o alta. Această

discrepanță se poate manifesta în primul rând în cadrul unei întruniri de echipă, în care se discută despre pacient. Membrii echipei pot fi uimiți de diferitele descrieri auzite și se pot întreba unul pe celălalt: „Vorbim despre același pacient?".

Un clivaj evident de acest fel ilustrează foarte clar faptul confirmat de timp, și anume că pacientul recreează lumea obiectelor interne în mediul spitalicesc (Gabbard, 1989c). Diferiții terapeuți devin identificați în mod inconștient cu obiectele interne ale pacientului și joacă roluri într-un scenariu care este scris de către inconștientul pacientului. Mai mult, datorită elementului de control inerent identificării proiective, există deseori o calitate obligatorie a reacțiilor terapeuților. Ei se simt obligați să se comporte „ca altcineva". Dacă nu ar fi implicată identificarea proiectivă, simplul clivaj intrapsihic care ar rezulta ar determina puține tulburări în cadrul echipei. Nici echipa nu ar considera procesul ca unul de clivaj, întrucât membrii acesteia nu s-ar simți în opoziție și furioși unul pe celălalt.

Clivajul care apare în cursul tratamentului efectuat în spital reprezintă o situație specială în care atât clivajul intrapsihic, cât și cel interpersonal se dezvoltă simultan (Hamilton, 1988). Aspectele interpersonale ale clivajului care apar în cadrul echipei însoțesc, în mod clar, clivajul intrapsihic din pacient. Identificarea proiectivă este vehiculul care convertește clivajul intrapsihic în clivaj interpersonal.

Membrii echipei care sunt aleși ca recipiente ale obiectelor interne proiectate de către pacient nu sunt aleși la întâmplare. Deseori, pacienții borderline au o capacitate neobișnuită de a detecta conflicte latente preexistente între diferiți membri ai echipei, iar proiecțiile lor vor fi orientate în acord cu acestea. O vinietă dintr-un caz real (Gabbard, 1989c) ilustrează această modalitate.

Dra E, o pacientă borderline de 26 de ani, a fost internată în spital de către psihoterapeutul său dr. F, din cauza unei tentative de suicid. La zece zile după internare, în timp ce ea evoca încă ideația suicidară, dr. F l-a abordat pe dl G, asistent medical șef al serviciului, și i-a spus că dorește să o conducă pe dra E la campusul colegiului local ca să se poată înscrie în semestrul următor. Dl G a răspuns că, în conformitate cu regulamentul spitalului, pacienții cu risc suicidar nu pot părăsi unitatea. El a sugerat ca dr. F să asiste la o întrunire a personalului unității pentru a discuta mai mult despre managementul pacientei. Când dl G i-a explicat drei E că nu poate părăsi unitatea pentru a se înscrie, ea s-a înfuriat pe dl G, acuzându-l că este un „tiran" căruia nu-i pasă de nevoile pacienților. Ea l-a comparat cu dr. F, pe care l-a idealizat, spunând că el este „singurul care mă înțelege". La următoarea întâlnire de echipă s-a declanșat o dispută aprinsă între dr. F și dl G, care era purtătorul de cuvânt al echipei din serviciul respectiv. În timpul acestei dispute, dl G i-a spus dr. F că acesta e bine cunoscut pentru disprețul său față de politica spitalului și pentru tendința lui de a trata pacienții ca „speciali". Ca o replică la

această acuzație, dr. F i-a răspuns dlui G că este cunoscut ca fiind cel mai rigid și cel mai punitiv dintre toți asistenții medicali ai spitalului.

Acest exemplu demonstrează cum clivajul și identificarea proiectivă nu apar fără o bază. Dra E a selectat, în mod clar, indivizii care se potriveau paradigmelor interne obiect–relație pe care le-a desemnat acestora. După cum au remarcat mai mulți autori (Adler, 1985; Burnham, 1966; Shapiro et al., 1977), există întotdeauna un sâmbure de adevăr în atribuirea de proiecții ale obiectelor interne membrilor echipei. Această vinietă reflectă, de asemenea, o observație făcută de Burnham (1966), care arată cum clivajul apare de obicei între acei terapeuți care sunt partizanii cadrului de referință administrativ (i.e., ce este bine pentru grup) și cei care susțin un cadru de referință individual, bazat pe ceea ce este bine pentru un anume pacient. În sfârșit, deși toți terapeuții sunt supuși riscului de a fi implicați în clivaje, modelul descris în această vinietă este probabil cel mai frecvent întâlnit în tratamentul pacienților borderline: psihoterapeutul este privit ca o figură idealizată, pe când echipa terapeutică din spital este devalorizată, fiind considerată insensibilă și punitivă. O altă trăsătură tipică a acestui aranjament este că, în ședințele de psihoterapie, pacientul poate omite informațiile legate de activitățile zilnice din serviciul respectiv și, în schimb, să se concentreze exclusiv asupra memoriilor din copilărie și materialului transferențial (Adler, 1985; Kernberg, 1984). În acest fel, psihoterapeutul nu este la curent cu interacțiunile problematice din cadrul serviciului și este luat prin surprindere atunci când personalul mediu îi atrage atenția asupra acestora.

Ca rezultat al acestei forme de clivaj, Adler (1985) nota că echipa terapeutică poate exclude psihoterapeutul din procesul planificării tratamentului. În această manieră, membrii echipei din serviciul respectiv își pot consolida alianța, proiectând „răutatea" și incompetența în afara grupului din secția lor asupra psihoterapeutului. Dacă acest proces continuă necontrolat, devine imposibil pentru membrii echipei și pentru psihoterapeut să se reconcilieze și să se întâlnească la jumătatea drumului. Precum obiectele interne ale pacientului, aceste două laturi ale abordării terapeutice nu pot fi integrate. Puterea regresivă a grupurilor este bine cunoscută și poate duce la utilizarea clivajului și identificării proiective la indivizi care altfel sunt profesioniști bine integrați (Bion, 1961; Kernberg, 1984; Oldham și Russakoff, 1987).

Presiunea pentru o utilizare intensivă asociată cu managementul îngrijirilor poate servi ca o arie convenabilă pentru clivaj. Echipa terapeutică poate încerca să cimenteze o alianță cu pacientul prin externalizarea întregului potențial de furie și agresivitate. Inspectorul care supervizează managementul îngrijirilor constituie un depozit natural și convenabil pentru toate sentimentele negative, care pot apărea între

cei care participă la procesul terapeutic și pacient. Astfel, inspectorului din partea asigurărilor de sănătate i se poate atribui rolul de „obiect rău" atât de către pacient, cât și de către terapeuți, care se pot consola reciproc în legătură cu victimizarea lor de către inspector, evitând în același timp orice discuție directă privind furia și agresivitatea transferențială–contratransferențială (Gabbard et al., 1991).

Când echipa ajunge la acest punct al fragmentării, foarte frecvent pacientul este cel blamat, considerându-se că încearcă să dezbine și să cucerească (Rinsley, 1980). Ceea ce este deseori uitat în aceste situații este că procesul de clivaj este utilizat inconștient și automat de către pacienți pentru a-și asigura supraviețuirea emoțională. Noi nu îi acuzăm în general pe pacienți, pentru alte mecanisme de apărare. Singura problemă în cazul clivajului pare să fie legată de percepția terapeuților că pacientul este distructiv în mod conștient și cu malițiozitate. Un cadru de referință empatic este util pentru a le reaminti membrilor personalului de îngrijire că fenomenul de clivaj este încercarea pacientului de a elimina propria tendință la distrugere, spre a-și asigura protecția personală.

Pentru a sintetiza, clivajul într-un cadru cu mai mulți participanți la procesul terapeutic include patru trăsături de bază: 1) procesul apare la un nivel inconștient; 2) pacientul îi percepe pe membrii echipei în feluri extrem de diferite, în funcție de proiecțiile reprezentărilor obiectelor interne ale pacienților și se poartă cu fiecare membru în mod diferit, conform acestor proiecții; 3) membrii echipei reacționează față de pacient prin intermediul identificării proiective, ca și când ei ar fi cu adevărat aspectele proiectate ale pacientului și 4) ca rezultat, cei implicați în procesul terapeutic își asumă poziții opuse, în cadrul întrunirilor de echipă referitoare la pacient și apără aceste poziții cu o vehemență extraordinară (Gabbard, 1989c).

6.4 Managementul clivajului într-un cadru cu mai mulți terapeuți

Orice discuție referitoare la managementul clivajului trebuie să înceapă cu avertismentul lui Burnham (1966) că a preveni complet clivajul nu este nici posibil, nici dezirabil. Ca și alte mecanisme de apărare, clivajul oferă o supapă de siguranță, care protejează pacienții de ceea ce ei percep ca fiind o primejdie copleșitoare. Este un proces care se va dezvolta indiferent de măsurile preventive luate de terapeuți. Este esențial însă ca echipa terapeutică să monitorizeze în permanență clivajul, pentru a-l împiedica să distrugă tratamentul, să devasteze

morala echipei și să afecteze ireparabil anumite relații dintre membrii echipei. Din astfel de situații au rezultat cazuri de morbiditate psihiatrică severă și demisii ale membrilor echipei (Burnham, 1966; Main, 1957).

Educația este una dintre modalitățile importante de a ajuta personalul să abordeze clivajul. Toți profesioniștii din cadrul sănătății mintale, care lucrează cu pacienți cu tulburări severe, ar trebui să aibă cunoștințe aprofundate referitoare la conceptul de clivaj și variantele acestuia. Dacă membrii echipei nu pot recunoaște clivajul atunci când se dezvoltă, abordarea situației poate fi fără speranță. În discuțiile despre contratransfer, membrii personalului pot fi încurajați să exerseze pentru a putea conține aspecte proiectate ale pacientului, în loc să acționeze în conformitate cu acestea. Sentimentele intense față de pacienți ar trebui privite ca un material util pentru discuții și supervizare mai degrabă decât ca reacții interzise, care ar trebui ascunse față de supervizori. Dezvoltând o înțelegere a mecanismului de clivaj, membrii echipei pot învăța să evite exploatarea acestuia, refuzând să accepte idealizarea, care ar intra în coluziune cu devalorizarea altor membri ai echipei (Adler, 1973; Shapiro et al., 1977). Membrii personalului trebuie să învețe, de asemenea, să-și monitorizeze tendințele contratransferențiale de a proiecta aspecte din ei înșiși asupra pacientului.

Totuși educația este doar începutul. Întâlnirile de echipă regulate și frecvente, care includ psihoterapeutul pacientului, trebuie să facă parte din rutina unui serviciu de psihiatrie. Trebuie stabilită o atmosferă de comunicare deschisă, referitoare la conflicte, atmosferă care să fie monitorizată de către personal. Cu mulți ani în urmă, Stanton și Schwartz (1954) au demonstrat în mod convingător valoarea profilactică a scoaterii la iveală și a discutării divergențelor ascunse din cadrul echipei. Psihoterapeuții trebuie să se considere ca făcând parte din echipa terapeutică și să se alieze la deciziile administrative ale echipei serviciului respectiv (Adler, 1985). O aderență rigidă la grija legată de confidențialitate poate alimenta tendințele pacientului de a recurge la clivaj.

Unul dintre scopurile principale în tratamentul pacienților cu patologii majore de caracter este cel de a integra reprezentările clivate ale Sinelui și obiectului. Deși interpretarea mecanismului de clivaj poate ajuta pacienții să dobândească o perspectivă mai moderată și mai realistă despre ei înșiși și despre ceilalți, ea este rareori suficientă pentru a corecta clivajul care apare în spital la nivelul grupului. Interpretările făcute pacientului sunt considerate ca secundare altor intervenții la nivelul interacțiunilor echipei. Corespunzător abordării de către psihoterapeut a lumii interne a pacientului este țelul echipei de a integra și modera obiectele externe.

În acest scop, este deseori util să se întâlnească membrul echipei identificat cu obiectul rău, terapeutul identificat cu obiectul bun și

pacientul, pentru a discuta deschis percepția pacientului, precum și ceea ce se întâmplă. Acest aranjament face să fie mai greu pentru pacient să mențină perspective opuse, întrucât ambii terapeuți acționează omenește și rezonabil. Mai mult, terapeuții care sunt puși într-o astfel de situație rămân de obicei mai puțin în opoziție și se deplasează către o poziție de mijloc. Va fi astfel subminată însăși separarea impusă de mecanismul de clivaj. Deși această confruntare poate crește temporar anxietatea pacientului, ea transmite totodată mesajul că sentimentele negative pot fi conținute în cadrul relațiilor interpersonale, fără consecințe dezastruoase.

Atunci când situația are o încărcătură emoțională foarte mare, încât participanții nu doresc să se întâlnească, poate fi invitat un specialist obiectiv, care să medieze discuția (Gabbard, 1986). Specialistul poate îndeplini rolul unui Eu observator pentru grup, încurajându-i astfel pe acei indivizi implicați în clivaj să se identifice cu acea funcție, așa cum Shapiro et al. (1977) au descris funcția psihoterapeutului la întâlnirile cu adolescenții borderline și familiile lor.

Aceste întruniri presupun recunoașterea, de către toate părțile implicate, că există un proces de clivaj în desfășurare. O astfel de recunoaștere constituie un pas major spre managementul cu succes al clivajului. În mod normal, membrii echipei vor fi foarte reticenți să accepte că sunt implicați într-un clivaj. Când este convocată o ședință specială pentru a discuta dinamica grupului legată de un pacient anume, poate exista o rezistență foarte puternică din partea membrilor, întrucât o astfel de întâlnire îl poate face pe pacient să pară prea special (Burnham, 1966). Dacă psihoterapeutul pacientului este implicat în clivaj și participă cu bunăvoință la întâlnirea echipei, s-ar putea ca acesta să vizeze altceva. În special atunci când este idealizat de către pacient, terapeutul poate să adopte o atitudine condescendentă, de educator al echipei, astfel încât membrii echipei să înțeleagă reacțiile lor contratransferențiale și dinamica pacientului, așa cum înțelege și psihoterapeutul. În această situație, mesajul implicit al psihoterapeutului este că înțelegând pacientul, membrii echipei vor înceta să mai dea vina pe pacient. În loc să considere această întâlnire de echipă ca o bună ocazie de a discuta procesul de clivaj, psihoterapeutul este convins că el are dreptate, în timp ce toți ceilalți greșesc. Faptul că este idealizat poate fi atât de plăcut, încât terapeutul să nu dorească să examineze idealizarea ca făcând parte din procesul de apărare al pacientului (Finell, 1985). Această abordare va face, în mod evident, ca furia personalului să crească, accentuând deci clivajul.

Când se organizează o întâlnire de echipă pentru a discuta un posibil clivaj, toți participanții ar trebui desigur să se apropie unul de celălalt, cu prezumția că toți sunt clinicieni rezonabili și competenți, cărora le pasă de bunăstarea pacientului. Atunci când o astfel de abordare este

eficientă, grupul simte că fiecare membru al personalului a adăugat o piesă de puzzle, astfel încât întregul devine mai clar (Burnham, 1966). Totuși unele clivaje par ireparabile și, așa cum obiectele interne ale pacientului nu pot fi integrate, nici obiectele externe nu se pot reconcilia unul cu celălalt. Dacă psihoterapeutul joacă rolul unui obiect devalorizat, impasul poate determina uneori echipa să recomande un nou terapeut (Adler, 1985).

Cu cât clivajul va fi descoperit mai repede, cu atât el va fi mai puțin consolidat și deci mai ușor de modificat. Anumite semnale de alarmă ar trebui monitorizate în permanență în cadrul întâlnirilor echipei: 1) când un terapeut este neobișnuit de punitiv față de un pacient, 2) când un altul este neobișnuit de indulgent, 3) când un terapeut apără în mod repetat un pacient de comentariile critice făcute de alți membri ai echipei și 4) când un membru al echipei crede că nimeni altcineva nu poate înțelege pacientul (Gabbard, 1989c).

Când membrii echipei pot trece peste mândria lor și pot accepta că ar putea fi implicați într-o identificare inconștientă cu aspecte proiectate ale pacientului, ei pot dovedi empatie față de sentimentele și părerile celorlalți colegi. Această bunăvoință de a lua în considerare punctul de vedere al altei persoane poate duce la o colaborare spre binele pacientului, care rezultă în ameliorarea marcată a procesului de clivaj. Clivajul intern al pacientului începe deseori să se repare în același timp cu ameliorarea clivajului extern, de la nivelul echipei (Gabbard, 1986). Această dezvoltare paralelă poate fi înțeleasă ca a treia etapă a identificării proiective — reprezentarea obiectului pacientului, care a fost anterior clivată și proiectată, a fost conținută și modificată de către terapeuți și a fost apoi reintroiectată (în forma modificată) de către pacient, într-un context interpersonal semnificativ. Prin abordarea divergențelor dintre ei cu bună credință, membrii echipei pot asigura o atmosferă în care predomină experiențele bune, față de cele rele — o condiție esențială pentru a permite integrarea iubirii și urii în pacient.

6.5 Rolul tratamentului de grup în serviciul de psihiatrie

Descrierile anterioare referitoare la introiecția și proiecția reprezentărilor Sinelui și de obiect ilustrează nevoia unei monitorizări atente a proceselor care se desfășoară la nivelul grupului, în orice serviciu de psihiatrie. Este esențial să aibă loc întruniri frecvente ale echipei terapeutice pentru integrarea fragmentelor clivate care circulă printre membrii personalului și pacienți. În mod similar, întâlnirile regulate de grup cu pacienții asigură o prelucrare atentă a interacțiunilor dintre

membrii personalului și pacienți, precum și dintre pacienți. Ele servesc, de asemenea, la prevenirea punerii în act a conflictelor care apar în aceste relații. Teoria relațiilor de obiect oferă un cadru conceptual valoros pentru înțelegerea proceselor care se desfășoară la nivelul grupului, în serviciul de psihiatrie (Kernberg, 1973, 1984; Oldham și Russakoff, 1987). Stanton și Schwartz (1954) au arătat cum dinamica din cadrul grupului pacienților poate reflecta direct o dinamică similară în grupul membrilor personalului. Mai specific, este ceva obișnuit ca anumiți pacienți să pună în act unele conflicte ascunse dintre membrii personalului. Abordarea sistematică a conflictelor interpersonale atât în întâlnirile echipei terapeutice, cât și în întâlnirile dintre pacienți și echipă este importantă pentru identificarea proceselor paralele din cele două grupuri.

Accentul real care se pune pe grupurile mici de pacienți în cadrul serviciului de spitalizare sau de spitalizare de zi variază în funcție de structura Eului pacienților și de categoria diagnostică în care se încadrează aceștia. Totuși, în general, ședințele de psihoterapie de grup servesc drept interfață între dificultățile intrapsihice ale pacienților și conflictele pe care le au în mediul lor. Kibel (1987) a sugerat ca aceste grupuri să se concentreze asupra dificultăților interpersonale care apar în viața de zi cu zi dintr-un spital. Aceste dificultăți pot fi corelate cu deficiențele și conflictele intrapsihice ale pacienților. El a sugerat să nu se pună un prea mare accent pe transfer în astfel de grupuri, întrucât anxietatea generată de prelucrarea transferului ar putea copleși atât Eul individual, cât și pe cel colectiv al grupului. Pe de altă parte, Horwitz (1987) considera că orientarea spre transfer poate fi importantă în grupurile de pacienți internați, contribuind la întărirea alianței terapeutice din cadrul grupului. Atunci când ședințele grupurilor mici sunt corect conduse, ele pot deveni un adevărat rai sau sanctuar, în care pacienții să-și poată discuta sentimentele referitoare la experiența lor de pacienți internați într-un serviciu de psihiatrie. De asemenea, în aceste ședințe membrii echipei pot, la rândul lor, să valideze acele sentimente și experiențe (Kibel, 1987). O utilizare mai specifică a grupurilor de pacienți internați este discutată în Secțiunile II și III ale acestui volum, în contextul unor entități diagnostice distincte.

6.6 Indicații pentru abordarea informată dinamic

S-ar putea protesta că acest model de tratament, bazat pe transfer și contratransfer, este mai ușor de aplicat la pacienții borderline și cu tulburări afective, decât la cei cu schizofrenie. Pacientul cu schizofrenie,

retras, pare să nu poată forma o relație transferențială cu cei care îl tratează. De fapt, relațiile interne de obiect ale pacientului cu schizofrenie sunt recreate în mediul din spital, pas cu pas, la fel ca acelea ale pacientului borderline. Ele sunt doar mai puțin dramatice. Rangell (1982) nota că afirmația lui Freud conform căreia pacienții cu nevroze narcisice nu formează transferuri este singura observație clinică făcută de el care nu a fost validată de experiența analitică ulterioară. Așa cum sublinia Brenner (1982), aparenta lipsă a transferului este transferul. Pacientul cu schizofrenie a recreat propria lume de obiecte interne, precum și pacientul borderline. Chiar și pacienții cu schizofrenie au setul lor unic de apărări caracterologice. Deși mulți pacienți nu au nevoie de aplicarea acestui model în timpul unei spitalizări scurte, această formă de tratament este cu siguranță utilă pentru cei ale căror apărări afectează complianța (vezi Capitolul 7).

O altă posibilă obiecție este aceea că un cadru conceptual bazat pe modificarea relațiilor de obiect nu este aplicabil în contextul unui tratament de scurtă durată în același fel în care el se poate aplica în contextul unui tratament spitalizat prelungit. Eroarea acestui argument constă în considerarea tratamentului spitalizat ca având loc într-un vid și nu ca fiind un segment dintr-un efort continuu, care se desfășoară de-a lungul mai multor luni sau ani. Există un efect cumulativ al diferitelor frustrări ale expectațiilor inconștiente ale pacientului de-a lungul timpului. Doar prin eșecul repetat de a provoca același model de reacții în terapeuți pacienții vor începe, până la urmă, să asimileze și să internalizeze noile relații de obiect care li se prezintă. Membrii echipei unui serviciu de spitalizare completă sau parțială, psihoterapeutul, prietenii și familia pot, în final, să ofere suficiente experiențe și răspunsuri noi, pentru a întări Eul pacientului și a ameliora relațiile sale de obiect, până la un nivel suficient pentru o mai bună funcționare în societate.

Erori serioase de tratament pot apărea la fel de ușor într-un serviciu de scurtă durată, ca și într-unul de lungă durată. O înțelegere psihodinamică sofisticată a pacientului îi ajută pe cei care îl tratează, în eforturile lor de a evita erorile de tehnică. De exemplu, ei pot evita capcana coluziunii cu atitudinea pasivă a pacientului față de tratament. O noțiune dinamică fundamentală este aceea că pacientul este un colaborator în procesul terapeutic. Tratamentul informat psihodinamic încurajează pacienții să reflecteze asupra legăturilor dintre situația lor prezentă și antecedentele din copilărie, astfel încât să poată începe să înțeleagă felul în care ei perpetuează modelele formate cu mult timp în urmă. În strânsă conexiune cu această noțiune este ideea că pacienții sunt capabili să întreprindă acțiuni pentru a schimba situația lor.

În sensul original dat de Sigmund Freud (1914/1958) termenului de *acting out*, el nota tendința transferențială a pacienților de a repeta în

acțiune ceva din trecutul lor, în loc să își aducă aminte și să verbalizeze acel ceva. Același fenomen apare în cadrul tratamentului spitalizat sau din spitalul de zi, în care pacienții repetă modalitatea lor caracteristică de a-i folosi pe alții în încercarea de a-și gratifica propriile nevoi și dorințe. O altă noțiune psihodinamică de bază este aceea că pacienții trebuie să se orienteze către reflecție și către verbalizarea experienței interne, în loc să-i permită acesteia să-i împingă direct la acțiune. Acei pacienți care, din cauza disfuncției cognitive, unui grad redus de inteligență sau tendinței la izolare de natură psihotică, nu se pot angaja într-un schimb verbal productiv cu membrii echipei, pot totuși să beneficieze de pe urma aspectelor experiențiale nonverbale ale formelor noi de relaționare cu obiectele. După cum sublinia Ogden (1986), un tratament nu trebuie să fie verbal pentru a fi de natură psihodinamică.

În ultimii ani, s-au adunat dovezi care susțin eficiența tratamentului spitalizat informat psihanalitic, în special în privința tulburărilor de personalitate (Dolan et al., 1997; Gabbard et al., 2000). Datele arată că și tratamentul care urmează după spitalizare este la fel de important pentru obținerea unor rezultate bune. Chiesa et al. (2003) au comparat două modele de intervenție psihosocială pentru tulburări de personalitate. Pacienții erau repartizați, după ceea ce manifestau, în două grupuri. Primul grup era tratat în condiții de internare prelungită, timp de un an, fără să existe un tratament specializat în ambulatoriu după externare. Cel de-al doilea prevedea 6 luni de tratament în condiții de internare, urmate de 18 luni de ședințe de terapie orientată psihanalitic, de două ori pe săptămână, în ambulatoriu și de încă 6 luni de intervenție psihosocială, asigurată de asistente comunitare. Un al treilea grup a fost alcătuit dintr-un lot martor de pacienți cu tulburări de personalitate, cărora li s-a asigurat îngrijire psihiatrică standard, fără psihoterapie. Cele două grupuri de pacienți care au urmat un tratament informat psihanalitic au făcut dovada unei ameliorări foarte semnificative după doi ani, pe când în cel de-al treilea grup, cu îngrijire psihiatrică generală, care nu a primit un astfel de tratament, nu s-au înregistrat schimbări. Când pacienții care au primit doar tratament spitalizat prelungit au fost comparați cu pacienții tratați conform modelului în două etape, cei cu durată de spitalizare mai scurtă urmată de tratament în ambulatoriu au înregistrat rezultate superioare.

Într-un studiu foarte sofisticat asupra tratamentului informat psihanalitic, efectuat într-un spital de zi, Bateman și Fonagy (1991, 2001) au randomizat 38 de pacienți cu tulburare de personalitate borderline fie pentru spitalizare parțială, fie pentru îngrijire psihiatrică generală. Pacienții tratați în spitalul de zi au înregistrat rezultate mult mai bune la toate evaluările și au continuat ameliorarea, după încheierea tratamentului. Tratamentul lor s-a dovedit a fi eficient și din punctul de vedere al costului, în comparație cu asistența psihiatrică generală, pe care au

primit-o ceilalți (Bateman și Fonagy, 2003). Acest studiu este discutat în detaliu în Capitolul 15.

În instituțiile psihiatrice contemporane, teoria și tehnica psihodinamică trebuie să-și capete locul lor alături de intervențiile psihofarmacologice, abordarea familiei, teoria sistemelor și considerentele socioculturale. Chiar și cu pacienții care nu sunt rezistenți la tratament, marele avantaj al acestei abordări, prin prisma relațiilor de obiect, este că oferă membrilor echipei un sentiment de control asupra reacțiilor contratransferențiale intense. Educația și înțelegerea oferite membrilor echipei de către un clinician informat psihodinamic fac ca munca acestora să fie mai suportabilă și mai semnificativă, în condițiile unor atacuri emoționale permanente din partea pacienților cu tulburări severe.

Secțiunea II:
ABORDĂRI DINAMICE ALE TULBURĂRILOR DIN AXA I

Secțiunea II:
ABORDĂRI DINAMICE ALE
TULBURĂRILOR DIN AXA I

7. Schizofrenia

Nu există perioadă de dezvoltare atunci când ființa umană există în afara teritoriului relațional interpersonal.

Harry Stack Sullivan

Factorii genetici joacă un rol major în dezvoltarea schizofreniei. Studiile cel mai bine controlate sugerează o concordanță pentru schizofrenie la gemenii monozigoți între 40% și 50%, în timp ce concordanța la gemenii dizigoți este aproximativ similară cu cea găsită la frați (Kety, 1996; Plomin et al., 1990). Totuși, la fel ca pentru toate bolile psihiatrice de fapt, nu sunt implicate modele clar mendeliene de transmitere. Se pare că există o eterogenitate genetică — cu alte cuvinte, sunt implicate probabil mai mult decât o singură genă afectată și există mai mult decât un singur tablou genetic subiacent bolii. De asemenea, se pare că se aplică și penetranța incompletă, deoarece mai puțin de jumătate dintre perechile de gemeni monozigoți sunt concordante. Și factorii de mediu par să fie implicați în dezvoltarea schizofreniei, deși nu există deocamdată un consens privind natura exactă a acestor injurii de mediu. Printre factorii posibili se află traumele la naștere, infecția virală în cursul sarcinii, probleme ale aportului sanguin intrauterin, factori nutriționali, accidente de dezvoltare și unele traume din copilărie (Kety, 1996; Olin și Mednick, 1996). Cercetări recente arată că faptul de a fi crescut într-un mediu urban (Pedersen și Mortensen, 2001) și traumatismele cranio-cerebrale în copilărie (Abdelmalik et al., 2003) ar putea să crească riscul pentru dezvoltarea schizofreniei.

Nici unul dintre rezultatele cercetărilor biologice nu atenuează impactul unui fapt ireductibil — schizofrenia este o boală care survine la o persoană cu o configurație psihologică unică. Chiar dacă factorii genetici ar reprezenta 100% din etiologia schizofreniei, clinicienii tot s-ar confrunta cu un individ complex din punct de vedere dinamic, care reacționează la o boală profund perturbantă. Abordări psihodinamice sofisticate ale îngrijirii pacientului schizofren vor continua întotdeauna să fie componente vitale ale arsenalului terapeutic al clinicianului.

Probabil că nu mai mult de 10% dintre pacienţii schizofreni pot să funcţioneze cu succes cu un tratament constând doar în medicaţie antipsihotică şi internare de scurtă durată (McGlashan şi Keats, 1989). Restul de 90% pot beneficia de abordări terapeutice de inspiraţie dinamică, incluzând farmacoterapia dinamică, terapia individuală, terapia de grup, abordările familiale şi antrenarea pentru îndeplinirea de sarcini, ca elemente cruciale în îngrijirea cu succes a schizofreniei lor.

Nu există un tratament unic al schizofreniei. Toate intervenţiile terapeutice trebuie să fie croite pentru nevoile unice ale pacientului individual. Schizofrenia este o boală eterogenă cu manifestări clinice variate. O organizare folositoare a descrierii simptomatologiei tulburării este o clasificare în trei grupe: 1) simptome pozitive, 2) simptome negative şi 3) tulburări ale relaţiilor personale (Andreasen et al., 1982; Keith şi Matthews, 1984; Munich et al., 1985; Strauss et al., 1974). Pentru prima dată propus de Strauss et al. (1974), acest model distinge trei procese psihopatologice separate întâlnite la pacienţii schizofreni. Această clasificare este una dintre mai multe care au fost sugerate. Unii propun ca a treia grupă să cuprindă simptomele de dezorganizare mintală sau cognitivă. Eu am ales să mă concentrez asupra tulburărilor relaţiilor personale datorită relevanţei lor pentru o abordare terapeutică de inspiraţie psihodinamică. Printre simptomele pozitive se numără tulburările conţinutului gândirii (cum sunt delirurile), tulburările de percepţie (cum sunt halucinaţiile) şi manifestările comportamentale (cum sunt catatonia şi agitaţia) care se dezvoltă în timp scurt şi adesea însoţesc un episod psihotic acut.

În timp ce simptomele pozitive floride constituie „o prezenţă" incontestabilă, simptomele negative ale schizofreniei sunt mai bine categorisite ca „o absenţă" a funcţiei. Simptomele negative includ afectul restricţionat, sărăcia gândirii, apatia şi anhedonia. Pacienţii la care predomină un tablou simptomatologic negativ pot fi caracterizaţi printr-un număr de trăsături care indică anomalii structurale cerebrale, incluzând adaptare premorbidă deficitară, performanţă şcolară redusă, dificultate mai mare în menţinerea serviciului, rezultate slabe la testele cognitive, răspuns slab la tratament, debut precoce şi dificultăţi premorbide în funcţionarea socială şi instrumentală (Andreasen et al., 1990).

Carpenter et al. (1988) au sugerat o distincţie suplimentară în cadrul simptomelor negative. Ei au remarcat că anumite forme de retragere socială, afect plat şi sărăcire aparentă a gândirii pot să fie de fapt secundare anxietăţii, depresiei, deprivării ambientale sau efectului medicamentelor. Aceste manifestări nu ar trebui să fie etichetate ca *simptome negative* pentru că au durată scurtă şi sunt secundare. Carpenter et al. (1988) au propus termenul de *sindrom deficitar* pentru a se referi la simptomele negative clar primare care persistă în timp. Durata simpto-

melor negative este, de asemenea, semnificativă pentru prognostic. Kirkpatrick et al. (2001) au subliniat că patologia deficitară definește un grup de pacienți cu o boală care este fundamental diferită de schizofrenia fără trăsături deficitare. Ei au semnalat că tulburarea deficitară are o evoluție diferită, corelații biologice diferite și un răspuns terapeutic diferit.

La fel ca simptomele negative, tulburările relațiilor personale tind să se dezvolte pentru o perioadă lungă de timp. Aceste probleme se alimentează dintr-un substrat caracterologic și includ numeroase dificultăți interpersonale la fel de variate ca și manifestările personalității umane. Manifestările principale ale tulburării relațiilor interpersonale includ retragerea, expresiile inadecvate ale agresivității și sexualității, lipsa conștienței pentru nevoile celorlalți, solicitările excesive și inabilitatea de a avea contacte semnificative cu alți oameni. Această a treia categorie este mai puțin riguros definită față de celelalte două pentru că în mod fundamental fiecare schizofrenic se confruntă cu probleme în relaționarea interpersonală. Într-adevăr, toate cele trei categorii au zone largi de suprapunere și un pacient schizofren se poate deplasa de la o formă la alta în cursul evoluției bolii. Cel mai folositor aspect al acestor trei modele este că ele facilitează categorisirea principalelor manifestări ale bolii în fiecare moment, astfel ca tratamentul să poată fi adaptat în mod adecvat. Aceste distincții au valoare euristică și practică nu numai la nivelul simptomelor descriptive, ci și pentru evaluarea considerațiilor dinamice.

7.1 Înțelegerea psihodinamică a schizofreniei

Au fost propuse numeroase modele psihodinamice pentru a ajuta clinicienii în înțelegerea procesului schizofrenic. Controversa conflict versus deficit (descrisă în Capitolul 2) este o caracteristică proeminentă în discuțiile teoriilor schizofreniei. Freud însuși a oscilat între modelul conflictului și modelul deficitului în schizofrenie pe parcursul evoluției propriei lui conceptualizări (Arlow și Brenner, 1969; Grotstein, 1977a, 1977b; London, 1973a, 1973b; Pao, 1973). Multe dintre conceptualizările lui Freud (1911/1958, 1914/1963, 1915/1963, 1924a/ 1961, 1924b/1961) s-au dezvoltat din noțiunea sa de investire, care se referă la cantitatea de energie atașată oricărei structuri intrapsihice sau reprezentări de obiect. El era convins că schizofrenia se caracterizează prin dezinvestirea obiectelor. Uneori, el a folosit acest concept de dezinvestire pentru a descrie detașarea investirii emoționale sau libidinale de la reprezentările intrapsihice ale obiectului; alteori, el a folosit termenul pentru a descrie

retragerea socială față de persoane reale din mediu (London, 1973a). Freud a definit schizofrenia ca regresie de răspuns la frustrare și conflictul intens cu ceilalți. Această regresie de la relaționarea de obiect la un stadiu autoerotic de dezvoltare a fost însoțită de retragerea investiției emoționale de la reprezentările de obiect și de la figurile externe, fapt care explică aspectul de retragere autistă la pacienții schizofreni. Freud (1914/1963) a postulat că investirea pacientului era apoi reinvestită în Sine sau Eu.

Alți autori (London, 1973a, 1973b; Wexler, 1971) au văzut teoria lui Freud a dezinvestirii ca o confirmare a modelului deficitar în schizofrenie deși, în mod clar, Freud a încercat să ia în calcul și conflictul. După ce a dezvoltat modelul structural, și-a revizuit în mod corespunzător și viziunea asupra psihozei (Freud, 1924a/1961, 1924b/1961). În timp ce nevroza era văzută ca un conflict între Eu și Se, psihoza era privită ca un conflict între Eu și lumea exterioară. Psihoza implica o tăgăduire și consecutivă remodelare a realității. În ciuda acestei revizuiri, Freud a continuat să vorbească de retragerea investirii și reinvestirea sa în Eu. El a folosit retragerea investirii obiectului pentru a explica observația sa că, față de pacienții nevrotici, pacienții schizofreni erau incapabili să dezvolte transferuri.

Noțiunea lui Freud că pacienții schizofreni nu dezvoltă atașamente transferențiale era fără îndoială legată de faptul că el nu a încercat eforturi terapeutice intensive cu astfel de pacienți. Pe de altă parte, Harry Stack Sullivan și-a dedicat viața tratamentului schizofreniei și a ajuns la concluzii foarte diferite. El credea că etiologia tulburării rezultă din dificultăți interpersonale precoce (în special în relația copil–părinte) și a conceptualizat tratamentul ca un proces interpersonal pe termen lung care încearcă să abordeze acele probleme precoce. După Sullivan (1962), mamele deficiente îi produc bebelușului un Sine încărcat cu anxietate și împiedică obținerea satisfacerii nevoilor de către copil. Acest aspect al experienței Sinelui este apoi disociat, dar afectarea autostimei este profundă. În viziunea lui Sullivan, debutul schizofreniei era o retrezire a Sinelui disociat care conduce la o stare de panică și apoi la dezorganizarea psihotică. Sullivan considera că întotdeauna este prezentă capacitatea pentru relaționare interpersonală, chiar la cei mai retrași pacienți schizofreni. Munca lui de pionierat cu pacienții schizofreni a fost dusă mai departe de către discipolul său, Frieda Fromm-Reichmann (1950), care a subliniat că persoanele cu schizofrenie nu sunt fericite cu starea lor de retragere. Sunt oameni fundamental singuratici, care nu-și pot depăși frica și neîncrederea în ceilalți cauzate de experiențele nefaste precoce din viața lor.

În timp ce Sullivan și urmașii lui au dezvoltat teorii interpersonale, susținătorii timpurii ai psihologiei Eului observau că perturbările delimitării granițelor Eului reprezintă unul dintre principalele deficite

la pacienții schizofreni. Federn (1952) nu era de acord cu aserțiunea lui Freud că investirea obiectului era retrasă în schizofrenie. În loc de aceasta, Federn sublinia retragerea investirii granițelor Eului. El a observat că, în mod caracteristic, pacienții schizofreni nu au bariere între ceea ce este înăuntru și ceea ce este în afară, deoarece granița Eului lor nu mai este investită psihologic (așa cum este la pacienții nevrotici).

Multe dintre aceste formulări psihanalitice timpurii au creat dificultăți profunde între clinicienii care tratau pacienți cu schizofrenie și familiile acelor pacienți. Termeni ca *mamă schizofrenogenă* au generat o atmosferă în care mamele se simțeau blamate pentru că au cauzat schizofrenia copiilor lor. În ultimele decenii au apărut formulări psihodinamice mai sofisticate ale schizofreniei (Arlow și Brenner, 1969; Blatt și Wild, 1976; Grand, 1982; Grotstein, 1977a, 1977b; Mahler, 1952; Ogden, 1980, 1982). Cele mai multe dintre aceste teorii se bazează pe reconstrucții din lucrul cu pacienții adulți. Cu alte cuvinte, clinicienii au studiat procesele mintale în cadrul psihoterapeutic și apoi le-au extrapolat înapoi în teritoriul de dezvoltare din copilărie. Din nefericire, multe dintre formulările psihanalitice nu integrează rezultatele cercetărilor biologice în teoriile lor asupra etiologiei.

Mai multe configurații psihologice reflectă interfața dintre neurobiologic și psihologic. Copiii care în final dezvoltă schizofrenie au o aversiune pentru relațiile de obiect, ceea ce face legătura cu ei dificilă. Hipersensibilitatea la stimulare și dificultățile de atenție și concentrare sunt, de asemenea, trăsături obișnuite ale personalității preschizofrenice. Cercetările au sugerat că pierderile regionale difuze ale blocajului senzorial normal în sistemul nervos central ar putea fi caracteristice schizofreniei (Freedman et al., 1996; Judd et al., 1992), asfel încât pacienții vor putea selecta cu dificultate stimulii irelevanți și, în consecință, se vor simți în mod cronic supraîncărcați senzorial. Robbins (1992) indica o corelație între stările emoționale asociate uitării și atrofia corticală și scăderea activității lobilor frontali la pacienții schizofreni. Acest grup de trăsături luate împreună duce la provocări complicate pentru părinții și îngrijitorii care trebuie să se adapteze la cererile unor astfel de copii. Într-un studiu prospectiv construit elegant (Cannon et al., 2002), deficitele semnificative neuromotorii ale înțelegerii limbajului și dezvoltării cognitive din cursul copilăriei sunt predictive pentru tulburările schizofreniforme.

Teoriile etiologice și patogenice trebuie să țină cont de evidența faptului că factorii genetici joacă un rol-cheie. În absența unor astfel de factori, chiar situații familiale marcant disfuncționale nu vor produce schizofrenie la descendenți (Wahlberg et al., 1997). Una dintre cele mai restrictive ipoteze este cea a lui Kendler și Eaves (1986), care postulează că genele controlează gradul în care un individ este sensibil la aspectele de mediu care creează predispoziții și cresc riscul pentru boală versus

aspectele sale protective care reduc riscul. Într-adevăr, comparați cu subiecți din loturi de control, pacienții cu nivel înalt al riscului familial pentru psihoză reacționează cu intensitate emoțională mai mare la stresul existențial cotidian (Myrin-Germeys, 2001). Această teorie a controlului genetic al sensibilității față de mediu a fost susținută de un studiu finlandez în care un grup de 58 de copii adoptați cu mame biologice schizofrene a fost comparat cu un grup de control de 96 de copii adoptați cu risc genetic obișnuit (Wahlberg et al., 1997). Printre descendenții părinților adoptivi cu un nivel înalt de abatere de comunicare, o proporție mai mare a copiilor cu risc genetic marcat au prezentat tulburări de gândire, în comparație cu grupul de control. În acest model conceptual, accentul cade pe „adaptarea" dintre copil și familie. Un subgrup de copii adoptați cu risc genetic înalt nu s-au „adaptat" cu părinții lor adoptivi care se caracterizau prin abatere marcată de comunicare.

Una dintre implicațiile acestui model conceptual este că o experiență pozitivă de creștere poate proteja indivizii cu risc înalt față de viitoarea dezvoltare a schizofreniei. Această viziune a fost susținută de Studiul finlandez pe familii adoptive (Tienari et al., 1994). În această investigație, copiii mamelor schizofrene care au avut o experiență adoptivă pozitivă au fost protejați de apariția ulterioară a schizofreniei, în timp ce indivizii vulnerabili genetic care trăiesc într-o familie adoptivă perturbată tindeau să dezvolte boala. Într-o comunicare mai recentă pe descendenții adoptați ai mamelor cu tulburări din spectrul schizofreniei, Tienari și colegii (2004) au vizitat adoptații și familiile lor adoptive la domiciliu și au măsurat disfuncțiile familiale pe o scală de la „sănătos" la „disfuncțional sever". Investigatorii au conchis că acei copii cu risc înalt care au fost adoptați au avut o mai mare tendință de a dezvolta schizofrenia dacă a existat o disfuncție familială semnificativă. Această legătură nu a fost prezentă la cei cu risc genetic scăzut. Deci aceste rezultate susțin ideea că există o interacțiune între riscul genetic și factorii de mediu în schizofrenie.

Într-o trecere în revistă a datelor din literatură, Olin și Mednick (1996) au identificat caracteristici premorbide care par a fi markerii de risc pentru o viitoare psihoză. Aceste caracteristici se pot împărți în două categorii: 1) factori etiologici precoce, incluzând complicațiile perinatale, istoricul familial de schizofrenie, expunerea mamei la infecția cu virusul gripal, deficitele neurocomportamentale, separarea de părinți în primul an de viață, funcționarea familială defectuoasă și instituționalizarea în perioada de creștere și 2) precursori comportamentali și sociali ai bolii psihice identificați de clinicieni și profesori și variabile de personalitate relevate la interviuri și chestionare. Cu alte cuvinte, există o interacțiune între vulnerabilitatea genetică, atributele mediului și trăsăturile individuale.

O mare parte din literatura psihodinamică despre schizofrenie este axată pe considerațiile terapeutice. Într-adevăr, înțelegerea psihodinamică este relevantă pentru tratamentul schizofreniei, indiferent de etiologia acesteia. Unele elemente comune străbat multe dintre teoriile psihodinamice care susțin abordarea pacientului de către clinician. În primul rând, simptomele psihotice au sens (Karon, 1992). Delirurile de grandoare sau halucinațiile, de exemplu, urmează adesea imediat după o insultă a autostimei pacientului schizofren (Garfield, 1995; Garfield et al., 1987). Conținutul grandios al gândirii sau percepției este efortul pacientului de a compensa rana narcisică.

O a doua temă este că, pentru acești pacienți, relaționarea umană este încărcată cu teroare. Anxietățile intense implicate de contactul cu ceilalți sunt evidente chiar dacă etiologia nu poate fi în întregime explicată. Îngrijorarea pentru integritatea limitelor propriului Eu și frica de fuziunea cu ceilalți reprezintă o problemă continuă care este adesea rezolvată prin izolare. Relațiile terapeutice reprezintă o provocare pentru ca astfel pacientul să devină capabil să aibă încredere că nu va avea loc o catastrofă dacă va fi în contact cu ceilalți. În sfârșit, o a treia direcție comună implică acea convingere a tuturor autorilor de orientare psihodinamică referitor la faptul că relațiile terapeutice informate psihodinamic cu clinicieni sensibili pot ameliora fundamental calitatea vieții pacienților schizofreni. Într-un studiu pe pacienți schizofreni complet remiși (Rund, 1990), 80% fuseseră în psihoterapie pe termen îndelungat și acordaseră acesteia o mare importanță. Chiar atunci când recuperarea completă nu este atinsă, relația terapeutică poate fi totuși de o extraordinară valoare în adaptarea generală a pacientului la viață.

7.2 Abordări terapeutice

7.2.1 Farmacoterapia

Studii bine concepute și controlate demonstrează din plin că medicația antipsihotică este foarte eficientă în tratarea simptomelor pozitive ale schizofreniei. Accesibilitatea pacienților schizofreni la toate celelalte forme de intervenții terapeutice este foarte mult amplificată de utilizarea judicioasă a antipsihoticelor. Keith și Matthews (1984) au susținut chiar că „eliberarea de simptomele pozitive abordează un statut sine qua non pentru tratamentele psihosociale" (p. 71). Simptomele negative și tulburările relațiilor interpersonale sunt totuși mult mai puțin influențate de medicație și de aceea necesită abordări psihosociale.

Unele dintre substanțele antipsihotice noi și atipice (cum sunt clozapina, risperidona și olanzapina) par să aibă un impact mai mare asupra constelațiilor de simptome negative.

Deoarece sunt disponibile numeroase texte remarcabile de psihofarmacologie, eu mă voi axa aici pe abordările terapeutice psihosociale. După cum s-a discutat în Capitolul 5, noncomplianța la medicația prescrisă este o problemă curentă în tratamentul multor pacienți schizofreni. Psihiatrii de orientare dinamică implicați în terapia pe termen lung a pacienților cu schizofrenie trebuie să vadă în complianța la medicație o preocupare în cadrul tratamentului. Fiecare pacient trebuie să fie informat despre faptul că recăderea este probabilă în eventualitatea opririi medicației, despre semnele dischineziei tardive și despre managementul efectelor secundare mai benigne. În plus, semnificația medicației pentru pacient trebuie să fie explorată din când în când, în mod special la primul semn de noncomplianță. Așa cum se subliniază în Capitolul 5, prescrierea medicației antipsihotice trebuie să se petreacă în contextul unei alianțe terapeutice care să fie cu grijă întreținută prin sensibilitatea față de experiența internă a pacientului în legătură cu toate aspectele terapeutice.

Noile antipsihotice atipice care au ajuns să fie folosite pe scară largă în ultimii ani au revoluționat tratamentul schizofreniei. Aceste substanțe, incluzând risperidona, clozapina, olanzapina, quetiapina și ziprazidona, sunt cel puțin la fel de eficiente ca și medicația convențională antipsihotică pentru simptomele pozitive și sunt mai eficiente decât antipsihoticele convenționale pentru simptomele negative. De asemenea, clozapina s-a dovedit a ameliora simptomele psihotice la un important procent dintre pacienții cu forme de boală rezistente la tratament. În plus, aceste substanțe îi scutesc adesea pe pacienți de un număr de efecte secundare neplăcute, astfel încât aceștia sunt mai dornici să continue să-și ia medicația și să participe la terapiile psihosociale. Tratamentul cu risperidonă s-a dovedit a exercita un efect mai favorabil asupra memoriei verbale de lucru decât tratamentul cu un agent antipsihotic convențional, făcând astfel mai posibilă colaborarea într-un program psihoterapeutic sau psihosocial (Green et al., 1997). Într-un studiu care compara pacienți care au primit clozapină cu alții care au primit un antipsihotic convențional, pacienții tratați cu clozapină au fost mult mai apți să participe la tratamentul de reabilitare psihosocială (Rosenheck et al., 1998).

Apariția antipsihoticelor atipice a reprezentat o provocare și pentru clinicieni. Unii pacienți, care fuseseră bolnavi cronici timp de mulți ani din cauza nonresponsivității la substanțele convenționale, s-au regăsit dintr-o dată în stare de remisie. Unii observatori (Degen și Nasper, 1996; Duckworth et al., 1997) au comparat aceste remisii spectaculoase cu ceea ce Oliver Sacks (1990) descrisese ca „treziri". Psihoza poate servi o

funcție defensivă pentru mulți pacienți, astfel încât ei să nu se confrunte cu nesiguranța relațiilor, cu complexitatea situațiilor legate de muncă și cu sensul existenței. Întreaga identitate a individului poate fi ascunsă în noțiunea de a avea o boală cronică. Atunci când simptomele în sfârșit se remit, are adesea loc un proces de doliu pentru ceea a fost pierdut și se ivește un sentiment derutant de a nu ști cine este cel care se află într-o stare mintală nepsihotică. Așa cum observau Degen și Nasper (1996), „în ciuda ameliorării fără echivoc, pentru unii oameni eliberarea bruscă de simptom poate deveni cel puțin la fel de dureroasă ca și psihoza" (p. 9). Intervenția psihoterapeutică poate ajuta pacientul să integreze vechiul Sine și noul Sine.

Pacienții cu psihoze cronice pot, de asemenea, să se fi izolat de riscurile intimității. Remisia simptomelor psihotice poate deschide pentru prima dată în decurs de ani posibilitatea implicării romantice și sexuale. Mulți pacienți pot trăi această perspectivă cu o anxietate extraordinară. Acești pacienți trebuie să se confrunte cu riscurile inerente de pierdere și respingere atunci când încep să se îndrepte către ceilalți (Duckworth et al., 1997). În sfârșit, ieșirea din psihoză poate să confrunte pacienții cu o criză existențială legată de scopul și sensul vieții. Ei își dau seama că o mare parte din viețile lor a fost pierdută prin boala cronică și sunt forțați să-și reevalueze valorile personale și spirituale. Cei care intră în activități profesionale se confruntă cu integrarea semnificației muncii într-un înțeles al scopului și al identității personale, după ce lungi perioade de timp fuseseră incapabili să muncească.

Pe lângă formarea de abilități psihosociale, reabilitare și alte modalități, pacienții care răspund bine la antipsihotice atipice necesită și o relație umană suportivă în cadrul căreia pot fi explorate aceste adaptări.

7.2.2 Psihoterapia individuală

În ciuda unei bogate tradiții clinice a psihoterapiei individuale orientate psihanalitic în schizofrenie, cercetările s-au străduit să demonstreze că este probabil ca pacientul schizofren mediu să culeagă beneficii semnificative datorită acestor eforturi (Gomez-Schwarz, 1984). Studiul Spitalului de Stat Camarillo (mai 1968) este citat adesea pentru că a fost primul studiu pe scară largă care a comparat prognosticul pacienților schizofreni care au fost tratați cu psihoterapie cu al celor care au primit medicație antipsihotică. Grupurile de pacienți care au primit medicație au prezentat o ameliorare semnificativ mai mare față de cele două grupuri care nu au primit această medicație și care au făcut doar psihoterapie. Mai mult, nu s-a observat nici un efect interactiv între psihoterapie și medicația antipsihotică. Acest studiu a fost criticat totuși deoarece se bazează pe terapeuți neexperimentați care nu au o implicare

specială în tipul de psihoterapie pe care au fost instruiți să îl practice cu subiecții din cercetare. De asemenea, rezultatele nu au fost suficient de sensibile pentru a înregistra schimbările în funcționarea interpersonală și psihologică generală care ar fi putut să răspundă specific la psihoterapie (Conte și Plutchik, 1986). Alte două studii care au fost și ele pline de probleme metodologice (Grinspoon et al., 1972; Rogers et al., 1967) au găsit beneficii îndoielnice în psihoterapie: Karon și VandenBos (1981) au demonstrat o ameliorare mai bună la pacienții schizofreni tratați de terapeuți experimentați în comparație cu un grup de control de pacienți care au primit tratament de rutină cu fenotiazine și terapie suportivă, dar și acest studiu a fost criticat pentru probleme metodologice, cum ar fi lipsa utilizării randomizării și transferul timpuriu al pacienților în grupul de tratament medicamentos într-o unitate de bolnavi cronici (Keith și Matthews, 1984; Klein, 1980).

De departe cel mai elegant organizat studiu asupra efectelor psihoterapiei la pacienții schizofreni este Studiul de Psihoterapie de la Boston comunicat de Stanton, Gunderson et al. (Gunderson et al., 1984; Stanton et al., 1984). Un neajuns principal din studiile anterioare a fost lipsa definirii formei de psihoterapie aplicată de către terapeuții din proiect. În studiul de la Boston, pacienții schizofreni noncronici din diverse spitale și unități ambulatorii au făcut fie psihoterapii suportive adaptative orientate către realitate, fie psihoterapii exploratorii orientate pe insight. Aceia care au fost incluși în analiză (95 din 164 de pacienți inițiali) au rămas în situația lor terapeutică stabilită pentru cel puțin 6 luni. După o urmărire de 2 ani, investigatorii au obținut date complete la 47 din lotul inițial. La acest punct din analiza datelor, pacienții care au făcut terapie suportivă adaptativă orientată către realitate au avut mai puține recidive și o mai bună performanță de rol. Pe de altă parte, pacienții care au făcut terapie exploratorie orientată pe insight au prezentat o mai bună ameliorare în cogniție și funcțiile Eului. Investigatorii au conchis că diferențele generale dintre cele două grupuri au fost relativ minore.

Din păcate, în ciuda metodologiei și designului sofisticat al studiului de la Boston, generalizarea rezultatelor trebuie să fie limitată din câteva motive. Mai întâi, doar 47 de pacienți au finalizat urmărirea de 2 ani din proiect; astfel, multe dintre comparațiile definitive s-au bazat pe apoximativ 20 de subiecți în fiecare grup de terapie (Carpenter, 1984). În al doilea rând, colectarea datelor s-a oprit după 2 ani. Mulți terapeuți experimentați cu pacienții schizofreni ar considera cei 2 ani ca fiind doar începutul fazei de mijloc a terapiei. Pacienții cu schizofrenie sunt în mod special dificil de angajat într-un proces psihoterapeutic. În plus, a aștepta ca un terapeut să adere fie la un model mai mult sau mai puțin expresiv, fie la unul mai mult sau mai puțin suportiv în tratamentul unui pacient schizofren introduce un element de artificialitate în

evaluarea terapiei. Nicăieri flexibilitatea nu este mai importantă decât în psihoterapia schizofreniei. După cum s-a subliniat în Capitolul 4, într-un cadru natural psihoterapeutul se va deplasa înainte și înapoi de la intervenții expresive la suportive în funcție de nevoile pacientului la un moment dat.

Investigatorii înșiși (Glass et al., 1989) au evaluat orbește procesul actual de terapie după transcrieri de înregistrări audio și au conchis că rezultatele precoce constând în diferențe în general mici între cele două grupuri „ascund procese discrete în cadrul terapiilor, care au efecte importante și specifice" (p. 607). Terapeuții care au fost evaluați ca antrenați în explorarea dinamică au produs ameliorări mai mari în psihopatologia globală, negarea bolii și lentoare-apatie.

În sfârșit, o altă diferență ireductibilă între nevoile cercetării și situația practicii clinice ar trebui luată în considerare în interpretarea datelor studiului de la Boston. Motivațiile atât conștiente, cât și inconștiente, care determină un psihoterapeut să intre în ceea ce poate deveni o angajare de o viață pentru tratarea unui pacient schizofren, sunt atât misterioase, cât și foarte personale. Forțele care determină un terapeut și un pacient să se „aleagă" unul pe celălalt sunt ignorate în abordările grupurilor mari care impun atribuiri randomizate științific riguroase ale pacientului unui terapeut (Müller, 1984). Doar studiul intensiv al cazurilor individuale poate aduce lumină în ceea ce contribuie semnificativ la succesul psihoterapeutic.

Într-o comunicare ulterioară, Gunderson (1987) a relevat dificultatea angajării pacienților schizofreni într-un proces terapeutic pe termen lung. El a menționat că atât studiul său, cât și altele arată că două treimi din pacienții schizofreni vor părăsi psihoterapia când aceasta va fi stabilită ca parte a unui studiu de cercetare. Gunderson a examinat cu atenție datele studiului de la Boston spre a determina caracteristicile tipice pentru cei care au continuat psihoterapia. În mod surprinzător, rezultatul a fost că aceștia se caracterizau prin izolare socială, aplatizare emoțională și dezorganizare internă. Totuși ei au avut tendința de a avea o performanță mai consistentă de rol decât cei care au părăsit grupul. El a mai constatat că rata de ieșire din grup este afectată de normele culturale din interiorul mediului spitalicesc. De exemplu, pacienții folosiți în studiul din spitalul Administrației Veteranilor au ieșit din grup mult mai mult decât cei spitalizați la Spitalul McLean, unde psihoterapia este o parte standard a tratamentului. Gunderson a mai concluzionat că spitalizarea de durată mai lungă poate fi de ajutor în angajarea pacienților. Atunci când a grupat pacienții în funcție de faptul de a fi făcut psihoterapie suportivă orientată către realitate sau psihoterapie exploratorie orientată pe insight, a constatat că pacienții distanți emoțional, cu tulburări de gândire și cu o viziune optimistă privind boala lor erau mai înclinați să continue cu prima modalitate

terapeutică, în timp ce pacienții care aveau aproape intactă testarea realității, relații interpersonale rezonabile și o viziune asupra episodului lor psihotic ca eveniment nefericit erau mai înclinați să continue cu a doua modalitate.

Rezultatele lui Gunderson sunt congruente cu ale studiului de urmărire pe termen lung al lui McGlashan (1984, 1987) pe pacienți tratați la Chestnut Lodge. În acest studiu, 163 de pacienți schizofreni anterior spitalizați la Chestnut Lodge, unde au făcut intensiv psihoterapie de orientare psihanalitică, au fost urmăriți în medie 15 ani după externare. Aproximativ o treime dintre acești pacienți au avut rezultate moderate-spre-bune (McGlashan, 1984). Din două grupuri identificabile care au prezentat remisii ale psihozei, un grup a mers către integrarea experienței psihotice în propria viață. Ei credeau că au dobândit informații importante de la episodul psihotic și erau curioși în legătură cu semnificația simptomelor lor. Al doilea grup a prezentat o altă cale către recuperarea stabilă, și anume „sigilarea" bolii. Acești pacienți au avut o viziune fixă, negativă asupra bolii lor și nu au manifestat nici un interes în înțelegerea simptomelor lor psihotice. Deși ambele grupuri au atins o adaptare stabilă destul de bună, cei care și-au integrat experiențele par să aibă rezultate întru câtva superioare.

Aceste rezultate sugerează că pacienții care pot integra o experiență psihotică în viețile lor pot beneficia de activitatea exploratorie în contextul psihoterapiei, în timp ce aceia care își sigilează episodul psihotic probabil nu vor beneficia și chiar le-ar putea dăuna niște tentative exploratorii persistente. Chiar psihoterapiile care implică insight impun un suport semnificativ din partea terapeutului. Distincția expresiv-suportiv este desigur mai puțin rigidă în psihoterapia schizofreniei decât în tratamentul pacienților mai funcționali.

Terapia personală (Hogarty et al., 1995, 1997a, 1997b) este cel mai riguros testată dintre intervențiile psihosociale individuale în schizofrenie. În contrast cu terapiile psihodinamice, care sunt în general nespecifice pentru o boală, terapia personală este specifică tulburării. De asemenea, este folosită în cercetarea bolii; în consecință, se bazează pe modelul stres-vulnerabilitate și consideră dereglările afective legate de stres ca fiind centrale în exacerbarea simptomului. Unii terapeuți de orientare psihodinamică și-au întemeiat afirmațiile despre boală pe teorii psihanalitice care pot să nu aibă o bază empirică. Pe de altă parte, terapia personală se caracterizează printr-un grup de tehnici terapeutice, iar mulți dintre terapeuții de orientare dinamică sunt și ei flexibili în adaptarea abordărilor lor la nevoile pacientului.

Terapia personală procedează în faze. În faza inițială, interesul principal se axează pe stabilizarea clinică a simptomelor, dezvoltarea alianței terapeutice și psihoeducația bazală. Această fază se produce de obicei de-a lungul primelor luni după externarea din spital. Faza intermediară

este îndreptată către ajutorul acordat pacientului pentru a deveni conștient de răsunetul afectiv intern asociat cu stresorii. Unii pacienți pot să înceapă în acest punct și formarea abilităților sociale, exercițiile de relaxare și antrenamentul adresat ameliorării percepției sociale. Faza avansată a terapiei este desemnată să evidențieze oportunități pentru introspecție. În plus, pacientul primește instrucțiuni în legătură cu principiile rezolvării conflictelor și managementul criticii. În fiecare fază, terapia este croită după nevoile individuale ale pacientului.

Hogarty et al. (1997a, 1997b) au randomizat 151 de pacienți cu schizofrenie care făceau terapie personală sau alta din celelalte două tipuri de terapii de control: terapie familială sau terapie suportivă individuală. Au urmărit pacienții timp de 3 ani după externarea din spital. Doar 18% din ei au ieșit prematur din studiu, iar dintre aceștia, majoritatea nu au fost în grupul de terapie personală. Terapia personală s-a dovedit a fi mai eficientă decât terapiile familială și suportivă în prevenirea recăderilor psihotice și afective, precum și a noncomplianței la medicație; totuși eficiența cea mai mare a fost observată la acei pacienți care locuiau cu familia. Printre pacienții care nu locuiau cu familiile lor, aceia care au făcut terapie personală au evoluat mai prost — au prezentat semnificativ mai multe decompensări psihotice decât cei care au beneficiat de terapie suportivă. Investigatorii au concluzionat că terapia personală ar trebui probabil amânată până când pacienții dobândesc stabilitatea domiciliului și o ameliorare a simptomelor.

În acest studiu, terapia personală s-a dovedit a fi foarte benefică pentru performanța de rol și adaptarea socială, dar efectul său asupra simptomelor nu a fost semnificativ mai mare decât cel al tratamentelor alternative. De fapt, pacienții care au făcut terapie personală au prezentat mai multă anxietate decât cei care au făcut terapie suportivă sau familială. De asemenea, terapia personală pare să aibă un impact mai durabil decât terapia suportivă. Pacienții care au făcut terapie personală au continuat să-și îmbunătățească adaptarea socială în al doilea și al treilea an după externare, în timp ce aceia care au făcut terapie suportivă, cu sau fără intervenție familială, au prezentat un vârf pentru ameliorarea adaptării la 12 luni după externare, urmat de un platou.

În conformitate cu concepția actuală a strategiei terapeutice optime în schizofrenie, terapia personală a fost doar o modalitate în planul de tratament general din studiul lui Hogarty et al. Pacienții au primit medicație antipsihotică, beneficiind de asemenea de abordări variate ale reabilitării în conjuncție cu terapia personală. După cum menționează Fenton și McGlashan (1997), terapia personală reprezintă un context ideal în care să fie luată în considerare „combinația specifică de intervenții care ar fi cele mai utile la un anume pacient, cu un anume tip de schizofrenie, într-o fază anume de boală sau de remisie" (p. 1495). Acest efort de a croi alegerea intervențiilor pe nevoile specifice ale

pacientului aduce beneficii clinice. În mod cert, terapia personală poate fi aplicată în interiorul unui cadru de înțelegere psihodinamică a apărărilor pacientului, a relațiilor de obiect și a sentimentului propriului Sine.

Pe lângă acestea, studii controlate pe loturi randomizate care au făcut terapie cognitiv-comportamentală au arătat că intervențiile psihoterapeutice pot fi o parte utilă a planului terapeutic general pentru schizofrenie (Kuipers et al., 1998; Tarrier et al., 1998). Într-unul dintre studii, ameliorările pacientului rezultate din terapia cognitiv-comportamentală au fost susținute de o urmărire de 18 luni (Kuipers et al., 1998). Anumite strategii, cum sunt antrenamentul pentru rezolvarea problemelor și prevenirea recăderilor, s-au dovedit în acest studiu deosebit de utile și ar trebui să fie incluse în orice abordare psihoterapeutică.

După stabilizarea simptomelor pacientului, principala provocare pentru terapeut este să înceapă construcția unei alianțe terapeutice. Aceasta este adesea o sarcină extraordinar de dificilă, din cauza lipsei de insight a acestor pacienți în legătură cu boala lor. Drept urmare, terapeuții trebuie să fie inventivi în găsirea unui teren comun. Selzer și Carsky (1990) au subliniat importanța găsirii unui obiect organizator — o persoană, o idee sau un obiect neanimat — care să le permită pacientului și terapeutului să vorbească despre ceea ce se petrece între ei. În acest stadiu precoce al tratamentului, pacienții sunt adesea incapabili să-și dea seama că sunt bolnavi și că au nevoie de tratament și principalul accent trebuie pus pe stabilirea relației. De exemplu, Frese (1997) îi sfătuia pe clinicieni să evite provocarea credințelor delirante ale pacienților. El menționează că atunci când pacienții au idei delirante, aceștia consideră că e de la sine înțeles să fie adevărate, chiar în fața evidenței contrariului. Frese, care a avut el însuși schizofrenie timp de mulți ani, perioadă în care și-a desfășurat cu succes cariera de psiholog, îi sfătuia pe clinicieni să se gândească la pacienți ca și cum aceștia ar vorbi poetic și metaforic. El sugera că ar fi util să-i ajutăm pe pacienți să vadă cum privesc ceilalți credințele lor, astfel ca pacienții să poată evita anumite acțiuni care i-ar putea face să ajungă să fie internați într-un spital de psihiatrie. Aliindu-se cu nevoia pacientului de a evita spitalizarea, terapeutul poate câștiga cooperarea și complianța pacientului față de alte aspecte ale planului terapeutic, cum ar fi medicația.

O mare parte din activitatea psihoterapeutică inițială trebuie să fie directivă și destinată reparației deficitelor pacientului care impietează asupra dezvoltării alianței terapeutice (Selzer, 1983; Selzer și Carsky, 1990; Selzer et al., 1989). În continuare, munca de construire a alianței terapeutice poate să aibă rezultate semnificative. Când Frank și Gunderson (1990) au examinat rolul alianței terapeutice în evoluția și prognosticul a 143 de pacienți schizofreni în Studiul de Psihoterapie de la Boston, au descoperit că aceasta a fost un element-cheie de predicție

a succesului terapeutic. Pacienții cu o alianță terapeutică bună au rămas mai mult în psihoterapie, au fost mai complianți la prescripția medicamentoasă și au avut un mai bun prognostic la sfârșitul celor 2 ani.

Alianța terapeutică poate, de asemenea, să fie facilitată prin susținerea și restabilirea apărărilor pacientului, cu accent pe părțile puternice ale pacientului și asigurând protecția acestuia. McGlashan și Keats (1989) au subliniat că, mai presus de orice, psihoterapia trebuie să ofere un refugiu. Sentimente și gânduri care nu sunt înțelese de alții sunt acceptate de psihoterapeut. Retragerea sau comportamentul bizar sunt acceptate și înțelese fără nici o solicitare de schimbare a pacientului, pentru a fi acceptabil. O mare parte din acest aspect tehnic constă în „a fi cu" (McGlashan și Keats, 1989) — o disponibilitate de a fi, în mod consecvent, alături de altă ființă umană, fără a impune în mod exagerat diferite lucruri. Așa cum puncta Karon (1992), teroarea este afectul primar al persoanei cu schizofrenie. Terapeuții trebuie să fie capabili să accepte sentimentele de teroare atunci când sunt proiectate pe ei și să evite retragerea și faptul de a fi copleșiți în fața unor afecte atât de puternice.

Când alianța devine solidă, terapeutul poate începe să identifice factorii specifici individuali de recădere și să ajute pacientul să accepte faptul că are o boală serioasă. Terapeutul trebuie, de asemenea, să funcționeze ca un Eu auxiliar pentru pacient. Când se evidențiază o profundă slăbiciune a Eului, cum ar fi slăbirea judecății, terapeutul trebuie să ajute pacientul să anticipeze consecințele acțiunilor sale.

În conducerea psihoterapiei cu persoane cu schizofrenie, terapeutul va găsi un instrument util în distincția făcută de Bion (1967) între părțile psihotice și nonpsihotice ale personalității. Partea psihotică a minții pacientului atacă gândirea rațională, bazată pe realitate a părții nonpsihotice. Sentimentele dureroase sunt, de asemenea, proiectate în alții, deoarece partea psihotică a pacientului nu poate suporta frustrarea, astfel că terapeutul trebuie să caute indicii în sentimentele contratransferențiale evocate de către pacient (Lucas, 2003). În plus, oricât de psihotic este pacientul, întotdeauna există un sector nonpsihotic căruia terapeutul i se poate adresa.

Terapeutul trebuie să fie preocupat de deficite. Unii pacienți vor avea limitări neurocognitive substanțiale pe care terapeutul le poate semnala cu tact. Atunci când sunt abordate aceste deficite, terapeutul poate da și sfaturi despre cum să fie compensate, în așa fel încât pacientul să nu se simtă fără speranță în această privință.

Kingdon și Turkington (1994) au descris în detaliu niște studii excelente bazate pe terapia cognitiv-comportamentală, cu cercetări empirice care le demonstrează eficacitatea. O mare parte din abordările lor sunt strâns legate de terapia suportivă de inspirație dinamică, ce recunoaște fragilitatea și caută să întărească funcțiile Eului. De exemplu,

în discutarea halucinațiilor unui pacient, terapeutul poate dori să exploreze calitatea idiosincratică a percepției. Se pot pune întrebări ca: „Altcineva poate să audă ceea ce se spune?" și terapeutul poate investiga credințele pacientului privind originea vocilor. Când lucrează cu delirul, terapeutul poate întreba cu tact dacă mai există alte posibile explicații pentru fenomenele pe care le crede pacientul. Este posibil ca pacientul să ia lucrurile la modul personal sau să introducă de la sine diferite elemente atunci când interpretează comportamentul celorlalți? De asemenea, merită de explorat o înșiruire de concluzii. De exemplu, dacă un pacient crede că în creierul lui se află un cip de silicon, terapeutul poate dori să știe cum pătrunde electricitatea în cip. Experiența pacientului trebuie în general acceptată și, în scopul explorării, trebuie creată o atmosferă pozitivă care ar putea conduce la o gândire critică a pacientului cu privire la alte posibilități.

Abia după ce s-a stabilit o alianță solidă, se menționează și se discută factorii individuali specifici de recădere, se semnalează deficitele, iar dacă pacientul se află într-o situație rezidențială stabilă cu familia sau cu alte persoane, terapeutul poate încerca o intervenție expresivă în care insight-ul sau interpretările sunt centrale. Unii pacienți s-ar putea să nu atingă niciodată acest punct. Dacă strategiile suportive și de reabilitare sunt suficiente, terapeutul poate dori să lase singur pacientul care este destul de bine. Fantasma de a salva pacientul de schizofrenie trebuie să fie evitată — este atitudinea psihologică cea mai rea posibil pentru un terapeut. Terapeuții trebuie să fie împăcați cu posibilitatea ca pacienții să prefere să aleagă „răul pe care îl știu" față de nesiguranța schimbării și a ameliorării. Psihoterapia eficientă necesită o atitudine a terapeutului care să permită ca dorința pacientului de a rămâne bolnav să fie o alternativă acceptabilă față de schimbarea prin psihoterapie (Searles, 1976/1979). Totuși un subgrup important de persoane cu schizofrenie va dori să colaboreze cu terapeutul pentru a dobândi o înțelegere a bolii lor și a felului în care aceasta a zguduit simțul de a fi al propriei persoane. În literatura de specialitate, pacienții schizofreni vorbesc elocvent despre beneficiile psihoterapiei individuale (Anonymous, 1986; Ruocchio, 1989). Acești pacienți fac comentarii asupra importanței faptului de a avea o figură constantă în viața lor care este prezentă acolo, dincolo de orice adversități, timp de mulți ani. Acești pacienți descriu cum experiența lor subiectivă despre ei înșiși și viața lor s-a schimbat semnificativ printr-o relație psihoterapeutică pe termen lung, chiar dacă metodele de evaluare a rezultatelor nu sunt destul de sensibile pentru a înregistra aceste schimbări. Folosind cuvintele unui pacient (Anonymous, 1986): „Un Eu fragil lăsat singur rămâne fragil. Doar medicamentele sau suportul superficial nu reprezintă un substitut pentru sentimentul că ești înțeles de o altă ființă umană" (p. 70).

7.2.3 Psihoterapia de grup

Studiile privind psihoterapia de grup cu pacienți schizofreni sugerează că această modalitate poate fi folositoare, dar se subliniază plasarea în timp a implementării ei. Momentul optim pare să fie după stabilizarea simptomelor pozitive prin intervenția farmacologică (Kanas et al., 1980; Keith și Matthews, 1984). Pacientul acut dezorganizat nu este capabil să selecteze stimulii de mediu, și multiplele stimulări într-un cadru de grup pot să copleșească Eul deja asediat al pacientului, chiar atunci când încearcă să se restabilească. O retrospectivă a studiilor controlate cu terapie de grup pentru schizofrenie (Kanas, 1986) a găsit dovezi considerabile pentru eficiența psihoterapiei de grup cu pacienți internați, dar cu o tendință clară de succes mai mare pentru unitățile de cronici decât pentru secțiile de acuți. După ce simptomatologia pozitivă este controlată, grupurile de pacienți internați pot fi foarte suportive pentru schizofrenici, când se reorganizează și îi pot vedea pe cei care se pregătesc pentru externare. Studiile de eficiență arată că terapia de grup, ca modalitate ambulatorie, poate fi la fel de eficientă ca și terapia individuală (O'Brien, 1983). Pentru pacientul stabilizat pe medicație, ședințe săptămânale de 60–90 de minute pot servi la construirea încrederii și pot oferi un grup de suport în care pacienții pot discuta liber problemele lor, cum ar fi managementul halucinațiilor auditive și al stigmei reprezentate de boala psihică.

7.2.4 Intervenția familială

În literatura cercetării empirice asupra eficienței intervențiilor psihosociale în schizofrenie, nici o modalitate nu a fost mai susținută decât intervențiile familiale. Numeroase studii (Falloon et al., 1982; Goldstein et al., 1978; Hogarty, 1984; Leff et al., 1982) au demonstrat că terapia familială plus medicație antipsihotică este de trei ori mai eficientă decât medicația singură în prevenirea recăderilor. Aceste investigații au folosit un factor cunoscut ca emoție exprimată (EE), identificat pentru prima dată de Brown et al. (1972). Acest termen a fost creat pentru a descrie un stil de interacțiune între membrii familiei și pacient care este caracterizat prin hiperimplicare intensă și criticism excesiv. Deși acest concept nu acuză părinții că au cauzat schizofrenia copiilor lor, el recunoaște că familiile sunt afectate de schizofrenia unui membru și pot să devină favorizanți secundari ai recăderilor prin intensificarea interacțiunilor cu pacientul schizofren. Pe scurt, familiile cu EE înaltă produc o mai mare frecvență a recăderilor unui membru schizofren față de familiile cu EE scăzută.

O metaanaliză a 27 de studii ale relației EE-prognostic în schizofrenie a confirmat că EE este un predictor semnificativ și puternic al recăderii (Butzlaff și Hooley, 1998). Relația dintre EE înaltă și recădere pare să fie mai puternică pentru pacienții cu forme mai cronice de schizofrenie. Unele cercetări recente arată că există o sinergie specifică între vulnerabilitățile neurocognitive și criticismul familial. Rosenfarb (2000) a demonstrat la 41 de pacienți cu debut recent de schizofrenie că asocierea de deficite ale memoriei de lucru și criticismul din partea membrilor familiei anticipează gândirea psihotică.

Cercetările extinse ale EE au dus la dezvoltarea unei abordări psihoeducaționale sofisticate cu familiile persoanei schizofrene. Familiile sunt antrenate să recunoască semnele și simptomele prodromale care anticipează recăderea, sunt învățate să-și reducă criticismul și hiperimplicarea și sunt ajutate să vadă că un tratament medicamentos consistent poate conserva o funcționare optimă. Alte arii ale educației includ instrucțiuni despre efectele secundare ale medicamentelor și despre abordarea acestora, evoluția pe termen lung și prognosticul schizofreniei și bazele genetice și biologice ale bolii. Clinicienii care folosesc această abordare pot efectiv să se bazeze pe ajutorul familiilor ca niște colaboratori în prevenirea recăderii.

Rigurozitatea cercetărilor intervențiilor familiale cu persoane care au schizofrenie este admirabilă. În general, studiile utilizează randomizarea, criterii de includere bine stabilite, evaluarea sistematică a prognosticului, dovada respectării intervențiilor și loturi martor. Revizuiri ale eficienței acestor terapii familiale arată că intervențiile familiale pe termen lung sunt eficiente în scăderea ratei recăderilor, reducerea EE și ameliorarea prognosticului (Dixon și Lehman, 1995; Penn și Mueser, 1996). Beneficiile tratamentului par să fie destul de stabile, adesea chiar pe perioade lungi de 2 ani.

Rezultatele impresionante obținute cu acest model conceptual al intervențiilor familiale au fost totuși puse la îndoială. Unii investigatori s-au întrebat dacă singurul factor implicat în prevenirea recăderii este controlul EE. Un studiu (MacMillan et al., 1986) a găsit că administrarea regulată a medicației antipsihotice și durata bolii sunt factori care, atunci când sunt luați în calcul, anulează efectul EE în predicția recăderii. Alt studiu (Parker et al., 1988) a examinat 57 de pacienți schizofreni din punctul de vedere al nivelului EE al celor cu care locuiau. Recăderea a fost anticipată de faptul de a locui cu un singur părinte și de evoluția anterioară proastă, dar nivelul EE nu a fost predictiv. Cercetătorii au speculat că acei pacienți cu evoluție mai slabă pot determina la rude răspunsuri cu EE înaltă, mai ales dacă pacientul locuiește doar cu un singur părinte. Falloon (1988) a subliniat că evaluarea EE nu a inclus măsurători repetate ale EE care să ajute la clarificarea dacă tulburările comportamentale ale pacienților schizofreni

provoacă răspunsuri cu EE înaltă la părinți sau *rezultă din* stresul legat de EE înaltă.

S-au ridicat și alte probleme despre conceptul de EE înaltă și intervențiile familiale care o susțin. Multe dintre familiile pacienților schizofreni se simt acuzate pentru recăderi când de fapt ele fac față unei situații dificile atât cât pot ele mai bine (Lefley, 1992). Așa cum menționau Kanter et al. (1987), dacă familiile sunt puternic presate să rămână neintruzive, pot eșua în a răspunde adecvat atunci când membrul schizofren al familiei prezintă un comportament provocator și o lipsă de control. În plus, în unele cazuri se poate considera că trecerea de la EE înaltă la EE scăzută a determinat ameliorarea pacientului când de fapt familia și-a scăzut EE pur și simplu ca *rezultat* al ameliorării pacientului (Hogarty et al., 1986). Cercetătorii se întreabă, de asemenea, dacă EE este un concept stabil în timp (Lefley, 1992). Alte semne de întrebare se referă la observația că EE înaltă este legată și de alte boli în afară de schizofrenie, de faptul că doar un anumit procent din populația cu schizofrenie este influențat de EE înaltă și constatarea că întregul concept este în mod esențial cultural (Jenkins și Karno, 1992).

Dată fiind controversa care înconjoară relația dintre recădere și EE, clinicienii pot fi puși în dificultate în legătură cu cele mai utile intervenții care ar trebui făcute cu familiile. Kanter et al. (1987) au subliniat că eforturile psihoeducaționale implicând informații despre boală, suport și sfaturi pot produce rezultate care sunt la fel de impresionante ca și datele studiilor de EE. Hatfield (1990) a subliniat că educația este probabil mai folositoare decât terapia în munca cu familiile și că nu sunt necesare intervenții specifice. Cu toate acestea, deoarece pacienții schizofreni tind să facă față cu greu mediilor intens stimulante, pare a fi înțelept să se reducă intensitatea stimulilor din mediu. În plus, studii recente sugerează că elementele EE — și anume hiperimplicarea emoțională și criticismul excesiv — nu ar trebui să fie abordate împreună (King și Dixon, 1996). În această cercetare a 69 de pacienți și 108 rude, hiperimplicarea emoțională a părut a fi asociată cu un prognostic social *mai bun* la pacienți, sugerând că un criticism excesiv ar putea fi factorul care favorizează recăderea.

7.2.5 Formarea abilităților psihosociale

Reabilitarea psihosocială, definită de obicei ca abordare terapeutică încurajând pacienții să-și dezvolte capacitatea lor plenară, prin suport din partea mediului și proceduri de învățare (Bachrach, 1992), ar trebui să fie parte a tratamentului modern pentru orice persoană cu schizofrenie. Această abordare adaptată individual implică miza pe forțele și competențele pacientului, redarea speranței, maximalizarea potențialu-

lui vocațional al pacientului, încurajarea implicării active a pacientului în propriul său tratament și ajutorarea pacientului în dezvoltarea abilităților psihosociale. Aceste scopuri combinate sunt adesea subsumate sub titlul de formare a abilităților psihosociale. Hogarty et al. (1991) au constatat că beneficiarii formării abilităților psihosociale au făcut progrese substanțiale în adaptarea socială și au avut un procent mai scăzut de recăderi la un an de urmărire comparativ cu un grup de control. Totuși acest beneficiu s-a diminuat în decursul a doi ani după tratament.

Reabilitarea sau remedierea cognitivă a fost, de asemenea, încorporată în aceste strategii. Prin aplicarea repetată a acestor tehnici, diverse deficite cognitive au fost modificate. În formarea abilităților sociale, pacienții participă la jocul de rol și alte exerciții care să le amelioreze funcționarea într-un cadru interpersonal. Cercetarea acestor abordări nu este încă edificatoare în ceea ce privește eficiența. Deși se pare că au loc îmbunătățiri clare în performanțele specifice comportamentale în timpul formării, aceste achiziții pot să scadă în timp. De asemenea, dovada posibilității de generalizare a formării abilităților psihosociale de la cadrul clinic la viața cotidiană este mai degrabă slabă (Penn și Mueser, 1996; Scott și Dixon, 1995). Cu toate acestea, există un consens că învățarea specifică a abilităților și modificarea deficitelor cognitive constituie o parte promițătoare a planului terapeutic general.

7.2.6 Tratamentul în spital

Pentru pacientul schizofren care are un episod psihotic acut, spitalizarea de scurtă durată reprezintă o „pauză" — o șansă de regrupare și dobândire de direcții noi pentru viitor. Medicația antipsihotică duce la remisia majorității simptomelor pozitive. Structura spitalului oferă un spațiu sigur de protecție a pacienților pentru a nu-și face rău lor înșiși sau a nu-i leza pe ceilalți. În acest cadru, membrii echipei de îngrijire furnizează funcțiile unui Eu auxiliar pentru pacient. De asemenea, echipa terapeutică poate identifica stresorii care, în conformitate cu Axa IV din DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), ar putea contribui la declanșarea unui episod psihotic într-un anumit moment al vieții pacientului. Se poate demara un proces psihoeducațional cu pacientul și cu familia care să stabilească un mediu optim după externare. Ei trebuie să fie pregătiți pentru faptul de a avea de-a face cu o boală de-o viață, și că scopul este de a minimaliza dizabilitățile, și nu de a urma un tratament de durată. Este subliniată importanța faptului de a menține medicația și, de asemenea, poate fi explicat conceptul de EE. În același timp, echipa terapeutică trebuie să confere un sentiment de speranță. Adesea este folositor să se puncteze că deși boala este cronică, numeroase studii sugerează că o parte dintre

pacienții schizofreni funcționează din ce în ce mai bine pe măsură ce înaintează în vârstă (Harding et al., 1987).

Încrederea în spitalizarea scurtă este contraregresivă. Apărările sunt restabilite și pacientul ar trebui să se reîntoarcă la starea de funcționare pe cât de repede posibil. Dacă pacientul nu urmează psihoterapie, spitalizarea poate fi utilizată ca fază inițială spre a pregăti pacientul pentru un proces psihoterapeutic ambulatoriu (Selzer 1983). Omnipotența pacientului este implicată în confruntarea cu necesitatea adaptării la nevoile celorlalți. Introducând o schemă de rutină în viața pacientului, o oarecare frustrare a unor nevoi și dorințe este inevitabilă. Nivelul optim de frustrare îi ajută pe pacienți să-și îmbunătățească testarea realității și alte funcții ale Eului (Selzer, 1983). Dacă psihoterapia poate fi începută în cursul spitalizării, pacientul poate avea un sentiment de continuitate întâlnind terapeutul și în afara spitalului. După ameliorarea simptomatologiei pozitive a pacientului până la un anumit nivel, se poate institui terapia de grup care poate continua și în ambulatoriu, în funcție de disponibilitatea pacientului pentru activitatea de grup. Pentru o mică parte din pacienții din ambulatoriu, întâlnirile de grup pot fi singurul contact social semnificativ.

La acei pacienți cu simptome negative predominante, diagnosticul și medicația pot fi reevaluate. Există motive secundare, cum ar fi depresia, anxietatea sau efectele adverse ale medicației, care să contribuie la simptomele negative? În mod similar, procesul psihoterapeutic care se află în desfășurare poate fi reevaluat în colaborare cu terapeutul pentru a determina dacă este necesară o schimbare în strategie. Lucrul cu familia poate consta într-un proces psihoeducațional și membrii familiei pot fi implicați în identificarea stresorilor care împiedică pacientul să răspundă la tratamentul convențional. În special grupul cu simptome negative necesită formarea de abilități psihosociale și reabilitarea vocațională. Antrenarea abilităților sociale care se axează pe ameliorarea comportamentală prin activități cotidiene simple ca mâncatul, conversația, plimbarea și manierele poate fi extraordinar de valoroasă pentru grupul cu simptome negative. În mod similar, o evaluare vocațională atentă într-un cadru supervizat în care sunt învățate și dezvoltate abilități profesionale concrete poate fi o componentă esențială.

Cercetarea adaptării după spitalizare și a ratei de reinternare demonstrează că pacienții tind să stea mai mult neinternați atunci când au fost învățați cu comportamente adaptative și abilități și au învățat să controleze comportamentele simptomatice și maladaptive în cursul internărilor (Mosher și Keith, 1979). Deși astfel de programe centrate pe comportament ar putea să pară antietice psihiatrilor orientați psihodinamic, de fapt ele pot să aibă un efect sinergic cu abordările dinamice. Pacienții care își ameliorează relațiile interpersonale ca rezultat al programelor

de formare de abilități sociale, orientate comportamental, vor începe să trăiască schimbări în relațiile lor de obiect, care apoi vor produce material pentru discuțiile din psihoterapie.

Pacienții schizofreni care sunt rezistenți la tratament pot, de asemenea, să prezinte un tablou predominant tulburat al relațiilor interpersonale. Acești pacienți pot să aibă dificultăți caracterologice serioase care coexistă cu schizofrenia. Uneori, clinicienii tind să uite că fiecare pacient schizofren are și o personalitate. Prin urmare, aceste probleme caracterologice pot conduce la necomplianță la medicație, alienarea membrilor familiei și a altor persoane suportive din anturaj, negarea bolii și incapacitatea de a funcționa într-un cadru vocațional. O unitate spitalicească sau un spital de zi poate fi cadrul ideal în care să se abordeze dimensiunea caracterologică ce însoțește schizofrenia și în care să se examineze cauzele necomplianței pacientului.

În linii generale, tratamentul spitalicesc sau prin spitalizare parțială al unor astfel de pacienți urmează modelul menționat în Capitolul 6. Folosind identificarea proiectivă, pacienții tind să-și restabilească lumea obiectelor interne în mediu. Membrii echipei conțin aceste proiecții și oferă modele noi de relație pentru internalizare. În plus, pacienții sunt informați în legătură cu modelele maladaptative de interacțiune așa cum apar acestea, aici și acum, în cadrul terapeutic.

Multe dintre principiile terapeutice descrise în acest capitol sunt ilustrate în următoarea prezentare de caz:

Dl H, un bărbat singur de 22 de ani, din sud-estul Statelor Unite, avea un istoric de 3 ani de schizofrenie care nu răspunsese nici la tratamentul medicamentos ambulatoriu, nici la spitalizarea de durată scurtă. Trimis pentru spitalizare psihiatrică, a venit la internare însoțit de părinți. Când i s-a cerut să-și descrie problemele, a recitat o litanie de plângeri fizice implicând fiecare zonă anatomică a corpului său, dar a negat cu fermitate orice problemă de ordin psihiatric. Când a aflat că a fost internat într-o secție psihiatrică, a devenit refractar la a rămâne în spital. Doar cu asigurări repetate că examinarea completă fizică și neurologică este parte a evaluării psihiatrice, a consimțit să fie spitalizat.

Preocupările somatice ale pacientului au împiedicat orice tentativă de anamneză a tulburării psihiatrice. Din fericire, părinții au putut umple golurile. Dl H era al treilea din trei copii ai unor părinți de mare succes. Tatăl pacientului era un respectat director financiar, iar mama avea o poziție administrativă importantă în sistemul de învățământ. Fratele mai mare absolvise o școală medicală prestigioasă, iar sora mai mare era studentă în administrarea afacerilor. Pacientul frecventase pentru scurt timp colegiul, fiind însă forțat să abandoneze după debutul bolii. Se plângea de hipersensibilitate la zgomot în dormitorul său de la cămin și își exprima îngrijorarea în legătură cu faptul că se vorbea despre el. A sfârșit prin a solicita să fie luat acasă, astfel încât să nu mai fie umilit în dormitor de ceilalți tineri, despre care spunea că îl strigă în mijlocul nopții „ratat", „homosexual" și „nebun".

După ce a părăsit colegiul, dl H s-a întors să locuiască cu părinții, unde a solicitat tot mai mult ca aceștia să-i acorde timp. Când tatăl încerca să plece la lucru dimineața, pacientul alerga afară după el și uneori sărea pe spatele mașinii pentru a-l împiedica să plece. De asemenea, își scula tatăl în mijlocul nopții solicitându-l să asculte înșiruirea plângerilor sale fizice. Își acuza în mod repetat tatăl că îl neglijează spunând: „Ce ai de gând să faci cu durerea mea?". Dl H fusese văzut de numeroși specialiști și adesea chiar mai mulți pentru același domeniu, fără a i se diagnostica vreo boală fizică. El insista că are nevoie de „monitorizare" continuă din partea părinților, astfel încât ei să ia cunoștință de creșterea și scăderea simptomelor sale fizice. Dl H avea părinți grijulii și iubitori, care încercau să se adapteze cererii lui de atenție, petrecând mult timp cu el. Odată tatăl pacientului a stat și a ascultat plângerile somatice ale fiului său timp de 10 ore fără pauză.

Dl H a continuat și să audă voci care îl condamnau și odată a atacat un străin pe stradă fiind convins că acela ar fi spus lucruri neplăcute despre el. Dl H a fost spitalizat de două ori pentru câteva săptămâni de fiecare dată și i s-au prescris în timp patru antipsihotice diferite. De fiecare dată, pacientul a întrerupt medicația, negând faptul că avea o boală psihiatrică ce ar necesita medicație psihotropă, dar și din cauza efectelor secundare anticolinergice care îl deranjau.

La scurt timp după internare, examinarea stării psihice a relevat că pacientul continua să aibă halucinații auditive, deși el nu se plângea că „aude voci". De fapt era convins că oamenii chiar vorbeau despre el. În mai multe rânduri în cursul primelor zile de spitalizare s-a confruntat furios cu ceilalți pacienți pentru că avea impresia că ei îl ridiculizează. Cu toții au negat vehement că ar fi vorbit despre el. În plus, dl H finaliza cu dificultate un gând din pricina unei tulburări formale de gândire constând în blocaj și pierderea asociațiilor. Putea să se oprească în mijlocul propoziției, să schimbe subiectul, apoi să înceapă o altă propoziție.

Dl H a prezentat multă anxietate în spital, pentru că nici unul dintre membrii echipei nu i-a „monitorizat" simptomele fizice așa cum o făceau părinții. Așa cum era de așteptat, pacientul încerca să recreeze situația familială în acest mediu. A dezvoltat atașamente transferențiale intense față de doctor și asistentă, de la care se aștepta să fie cu el tot timpul. Atunci când doctorul a părăsit secția după întrevederea cu el, dl H a încercat să fugă afară după el, exact așa cum făcuse cu tatăl lui pentru a-l împiedica să se ducă la serviciu.

Examinările fizice și neurologice nu au identificat rezultate semnificative. După o evaluare psihiatrică atentă, echipa terapeutică a dezvoltat o formulare explicativă. Îngrijorările paranoide ale pacientului și preocupările sale somatice mascau o autostimă extraordinar de scăzută. Dl H crescuse simțindu-se „oaia neagră" a familiei, deoarece limitele sale i-au împiedicat competiția cu performanțele celor din jurul lui. Pentru a-și păstra un grad de autostimă, și-a construit o identitate de „victimă" a unor probleme fizice incapacitante care l-ar fi împiedicat să atingă un nivel de performanță acceptabil. Dl H a putut apoi să atribuie bolii fizice eșecurile sale de la școală și de la diferite joburi.

Preocupările somatice ofereau și un punct de concentrare organizat pentru gândurile pacientului, prevenind astfel o stare mai profundă de defragmentare

psihotică sau disoluție a Eului. Aceste preocupări somatice severe erau legate, prin mecanismele de introiecție și proiecție, de percepția sa paranoidă a faptului de a fi ridiculizat de ceilalți. Devreme în cursul existenței sale, dl H internalizase (ca obiecte persecutoare) expectațiile și cererile părinților. De aceea străinii de pe stradă sau din spital, care erau percepuți ca vorbind despre el, au devenit aceste obiecte persecutoare pe care el le-a proiectat asupra mediului. Atunci când persecutorii au fost reintroiectați, au devenit persecutori interni sub forma durerilor variate care îl făceau să solicite atenție imediată. În consecință, pacientul se simțea în permanență sub asediul unei armate de torționari, atât în mediu, cât și în propriul corp.

La nivel neurofiziologic, inabilitatea dlui H de a diferenția stimuli variați poate să fi avut drept consecință amestecul percepțiilor diferitelor surse de durere și chin. În sfârșit, somatizarea poate să mai aibă încă o funcție: era singura modalitate prin care pacientul știa să mențină relația de obiect și astfel să se apere contra unei anxietăți de separare severe. În mod clar, pacientul era prea puțin interesat de orice evaluare diagnostică sau de sugestiile de tratament din partea medicilor. Aceste constatări și recomandări erau de departe mai puțin semnificative pentru el decât preocuparea sa pentru faptul că avea nevoie în mod continuu să fie „monitorizat". Litania de plângeri de ordin fizic a pacientului nu avea cu adevărat scopul de a obține un răspuns din partea celor din jur cu privire la o potențială ameliorare; mai degrabă, scopul era de a menține o prezență externă continuă, astfel încât el să nu fie pus în fața anxietăților sale privind abandonul. În mod paradoxal, grămada de plângeri aveau tendința să evoce un răspuns contrar, și anume să alieneze și să îi alunge pe ceilalți. Inițial, echipa terapeutică a încercat să controleze simptomele pozitive ale dlui H prin medicamente. Totuși pacientul refuza cu încăpățânare medicația, deoarece o asocia cu doctorii anteriori care îi spuseseră că durerea lui era „în întregime în capul lui".

Respectând nevoia dlui H de a-și păstra autostima și de a-și organiza gândirea prin investirea intensă în simptome fizice, doctorul său din spital l-a asigurat că nimeni nu se îndoia de severitatea durerii dlui H. Medicul i-a explicat că boala pacientului are atât aspecte psihologice, cât și fizice. Mai departe doctorul i-a explicat că o manifestare fizică a bolii era dificultatea de a filtra diferiții stimuli din mediu și din interiorul corpului (Freedman et al., 1996; Spohn et al., 1977). Prin această abordare educațională, doctorul dlui H și-a convins pacientul că medicația antipsihotică merită încercată deoarece are adesea un efect benefic asupra sistemului „de filtrare". După ce pacientul a acceptat să ia medicația, tulburarea sa de gândire s-a ameliorat mult, permițându-i să vorbească mai coerent cu membrii echipei și cu ceilalți pacienți. Halucinațiile sale auditive au continuat în ciuda medicației, dar s-au diminuat într-o oarecare măsură ca frecvență și severitate.

Echipa terapeutică a încercat apoi să repare unele dintre deficitele Eului pacientului funcționând ca Euri auxiliare. Odată, de exemplu, o asistentă s-a întâlnit cu dl H într-o cameră închisă a secției din spital atunci când el începea să acuze faptul că oamenii vorbeau despre el pe afară pe hol. Pentru a demonstra că nu era nimeni acolo, asistenta a deschis ușa și s-a plimbat cu dl H afară pe hol. Apoi i-a explicat pacientului că boala lui implică voci care își au originea în interior și care

apoi sunt percepute ca și cum ar veni de la surse exterioare. Această abordare a fost întărită prin feedback din partea altor pacienți la întâlnirile de grup.

Inițial, pacientul fusese exclus de la întâlnirile de grup din secție din cauza suprastimulării pe care o implică această modalitate terapeutică. Totuși, după ce a fost stabilizat pe medicație, dl H a început să participe la grupuri și să abordeze îngrijorările sale legate de faptul că se vorbea despre el. Ceilalți pacienți au infirmat cu fermitate aceste acuzații și cu toții l-au încurajat să „verifice" de fiecare dată când aude vocea. Acuzațiile ostile ale pacientului față de alți pacienți și față de membrii echipei s-au transformat în cereri blânde pe măsură ce a realizat că într-adevăr vocile emană din el însuși.

Deoarece dl H a dobândit un mai mare control al simptomelor pozitive, obiectivul tratamentului s-a deplasat spre relațiile sale interpersonale perturbate. Pacientul a încercat să stabilească și cu medicul de la spital aceleași relații pe care le avea cu tatăl său. Doctorul și-a dat seama că petrecea mai mult timp în interacțiunea cu dl H decât cu oricare dintre ceilalți pacienți ai lui. Urgența cu care dl H își prezenta simptomele de diaree, dureri de stomac, dureri articulare și altele îl împiedicau pe doctor să se despartă de dl H și să plece din secție. Într-o zi când dl H l-a urmat pe medic afară din secție și a continuat să meargă împreună cu el, doctorul a realizat până unde și-a repetat pacientul situația familială în mediul spitalului. Dl H se simțea ca și cum el ar fi meritat atenția totală a doctorului său, fiind opac la nevoile celorlalți pacienți cu care împărțea același medic. Doctorul i-a spus apoi dlui H că ar fi bine să-și scadă expectațiile în legătură cu cât de mult timp ar trebui să petreacă medicul cu el. Doctorul i-a explicat dlui H că va stabili întâlniri cu el de 30 de minute la o anumită oră și că nu se vor mai întâlni altă dată. Această abordare care pune niște limite s-a adresat simțului de îndreptățire al pacientului.

Această abordare i-a oferit pacientului spre internalizare și o nouă formă de relație de obiect. Paradigma relației de obiect a unui Sine care se plânge și care cere, legat de un obiect indulgent, a fost modificată de experiența dlui H cu un nou obiect care îngrijește, dar pune și limite. Experiența cu acest nou obiect a adus în mod corespunzător schimbări în reprezentarea de Sine a pacientului. Deși inițial frustrat, pacientul a devenit mai tolerant în privința absențelor doctorului și a acceptat mai mult limitările legate și de expectațiile sale față de ceilalți. Mai mult chiar, limitele implicate în această relație l-au condus pe dl H la posibilitatea discutării cu doctorul său a anxietății de separare. Dl H a început să-și exprime îngrijorarea că în absența unei figuri care să-l îngrijească nevoile sale bazale nu vor fi satisfăcute.

Când pacientul a fost capabil să-și exprime aceste, dar și alte probleme psihologice, a fost repartizat unui psihoterapeut individual fără legătură cu secția din spital. Faza timpurie a acestei psihoterapii a fost caracterizată de raportări vaste ale pacientului în legătură cu simptomele sale fizice. Terapeutul a ascultat aceste prezentări cu interes și preocupare, subliniind nevoia lui de a se centra pe somatic și nu pe psihologic. Periodic însă terapeutul comenta că el este absolut incapabil să-l ajute pe pacient pentru manifestările sale fizice, întrucât el nu mai avea ce să adauge la vasta muncă făcută de echipa terapeutică și de medicii curanți. Pe măsură ce s-a dezvoltat încrederea, pacientul a început să discute despre profundele sale

sentimente de inferioritate în contextul familiei lui. Deşi fratele şi sora lui s-au evidenţiat pe linie academică, el însuşi se remarca doar printr-o varietate de afecţiuni bizare care îl îndepărtaseră de la posibilitatea de a obţine şi el succese similare cu ale fraţilor săi. Negarea bolii psihiatrice, lipsa de insight psihologic şi lipsa de curiozitate a pacientului în legătură cu simptomele lui l-au făcut pe terapeut să abordeze cazul predominant suportiv. În acest context, pacientul a fost ulterior capabil să exploreze o arie surprinzător de largă de sentimente despre el însuşi şi locul lui în familie.

În cadrul planului global de tratament, pacientul a fost inclus într-un grup de formare de abilităţi sociale cu un număr mic de persoane de vârsta lui. În acest cadru el a fost confruntat cu blândeţe cu problemele sale de igienă, cu eşecul de a răspunde la întrebări în conversaţii, cu introversia sa şi cu dezinteresul faţă de problemele celorlalţi. El a început să se amelioreze în toate aceste arii, pe lângă ameliorarea generală a funcţionării interpersonale. De exemplu, a început să le spună „bună dimineaţa" celorlalţi care vorbeau cu el şi chiar să se intereseze despre starea acestora. Pacientul a intrat şi într-un program de evaluare vocaţională şi formare de abilităţi, unde trebuia să îndeplinească sarcini simple sub supervizare. Nivelul de complexitate al sarcinilor era atent reglat de către terapeut pentru a se adapta abilităţilor pacientului, astfel încât autostima sa să nu-i fie în mod serios ameninţată. În sfârşit, cu părinţii pacientului s-a utilizat o abordare psihoeducaţională care să-i ajute să accepte limitele fiului lor. Li s-a spus că hiperimplicarea şi expectaţiile excesive sunt contraproductive pentru că pacientul le resimte ca pe o presiune de a reuşi dincolo de capacităţile lui.

Acest fragment de tratament informat dinamic ilustrează modul în care diferitele abordări teoretice discutate în Capitolul 2 pot să fie utile în terapia unui pacient. Principiile psihologiei Sinelui conduc echipa terapeutică la o conştientizare empatică a nevoilor pacientului de a-şi menţine autostima, iar terapeuţii săi aleg să nu abordeze somatizarea. Un cadru teoretic al relaţiilor de obiect facilitează înţelegerea de către doctor a relaţiei problematice a acestui pacient cu doctorul. În sfârşit, perspectiva psihologiei Eului a fost utilă în două direcţii: 1) a fost aplicat un model al deficitului Eului sub forma tehnicilor de reconstrucţie a Eului cu ajutorul echipei de îngrijire şi 2) a fost folosit un model al conflictului pentru a înţelege halucinaţiile auditive. Vocile persecutorii pe care le-a auzit acest pacient, numindu-l „ratat" sau „nebun", s-au dezvoltat dintr-un conflict dureros între expectaţiile internalizate ale părinţilor lui (sub forma idealului de Eu şi a Supraeului) şi realitatea limitelor sale (funcţionarea realistă a Eului). Aceste voci păreau întotdeauna mai evidente după ce pacientul trăia vreun eşec în programul său vocaţional.

În rezumat, pacienţii cu schizofrenie au nevoie de figuri terapeutice în viaţa lor. Ei necesită ajutor pentru a merge pe drumul realităţilor complicate ale sistemului de sănătate mintală. Au, de asemenea, nevoie

de cineva care să le faciliteze înțelegerea fricilor și fantasmelor care i-ar împiedica să participe la diferitele componente ale planului terapeutic general. Într-adevăr, un rol principal al psihoterapeutului este să exploreze problemele complianței care apar în alte zone ale tratamentului. În practica actuală, acest rol este adesea atribuit unui administrator clinic al cazului, de obicei pentru că pacientul nu este interesat de terapie sau pentru că resursele comunitare nu pot oferi psihoterapie. Administratorii de caz sunt ca niște avocați ai pacientului, ghizi către resursele de sănătate mintală și coordonatori ai întregului plan terapeutic. Cu toată orientarea managementului de caz spre realitate și adaptare, apar totuși aspecte transferențiale și contratransferențiale; de aceea administratorii de caz trebuie să fie capabili de intervenții psihoterapeutice efective (Kanter, 1989). Pacienții schizofreni au nevoie în principal de persoane care arată interes, fie că le numim administratori de caz sau psihoterapeuți, care să poată oferi relații umane pline de compasiune, ca refugiu dintr-o lume confuză și amenințătoare.

8. Tulburările afective

Abordările psihodinamice pentru înțelegerea depresiei admit astăzi că tulburările afective sunt puternic influențate de factori genetici și biologici. De fapt, afecțiunile depresive sunt modelul ideal pentru studierea modului în care genele și mediul interacționează pentru a produce sindroame clinice. În prezent se consideră că etiologia depresiei unipolare este cu aproximație 40% genetică și 60% legată de mediu (Nemeroff, 2003).

Kendler și colegii lui (1993) au urmărit 680 de perechi de gemene cu grad zigotic cunoscut pentru a determina dacă s-ar putea dezvolta un model etiologic care să prezică episoadele depresive majore. Ei au descoperit că rolul factorilor genetici în acest studiu a fost substanțial, dar nu copleșitor. Cel mai influent factor predictiv a fost prezența unor evenimente stresante puternice. Alți doi factori, relațiile interpersonale și un temperament caracterizat prin nevroticism, au avut și ei roluri etiologice importante. Nevroticismul a reieșit ca fiind alienant pentru suportul social în multe cazuri.

Într-un raport ulterior al unei mostre extinse a studiului gemenilor, Kendler și colegii săi (1995) au reușit să înțeleagă și mai bine etiologia depresiei. Cel mai convingător model conturat de rezultatele lor a fost acela în care sensibilitatea la efectele inductoare de depresie ale evenimentelor de viață stresante a apărut ca fiind influențată genetic. De exemplu, atunci când au fost examinați indivizii cu riscul genetic cel mai mic pentru depresie majoră, ei au prezentat o probabilitate de debut al depresiei majore pe lună de doar 0,5% în absența unui eveniment de viață stresant. Totuși, când acești indivizi au fost expuși unui stresor, probabilitatea a urcat până la 6,2%. La indivizii cu riscul genetic cel mai mare, probabilitatea de debut al depresiei pe lună a fost de doar 1,1% în absența unui agent stresor, însă riscul a crescut dramatic, la 14,6%, în prezența unui eveniment de viață stresant.

Acest model a fost confirmat și de un alt studiu prospectiv efectuat pe 1 037 de copii din Noua Zeelandă (Caspi et al., 2003). Cercetătorii din acest studiu au descoperit că un polimorfism funcțional în regiunea

promotoare a genei transportorului serotoninei (5-HTT) moderează influența evenimentelor de viață stresante asupra depresiei.

Într-o analiză ulterioară, Kendler et al. (1999) au arătat că aproximativ o treime dintre asocierile din evenimentele de viață stresante și depresie erau noncauzale, deoarece acei indivizi predispuși la depresie majoră selectează mediile cu risc ridicat. De exemplu, persoanele cu temperament nevrotic îi pot îndepărta pe cei din jur, rupând astfel relații semnificative. Cei mai puternici stresori din studiu au părut să fie moartea unei rude apropiate, agresiunile, problemele conjugale serioase și divorțul/separarea. Cu toate acestea, există dovezi importante și că experiențele timpurii de abuz, neglijare sau separare pot crea o sensibilitate neurobiologică ce predispune indivizii să răspundă în viața adultă la stresori prin dezvoltarea unui episod depresiv major. De exemplu, Kendler et al. (1992) au raportat un risc crescut de depresie majoră la femeile care au fost despărțite de mamă sau de tată în copilărie sau adolescență. În 2001, Kendler et al. au observat diferențe legate de sex privind efectul depresogen al evenimentelor de viață stresante. Bărbații au fost mai sensibili la efectele depresogene ale divorțului/separării și ale problemelor legate de muncă, în timp ce femeile au reacționat mai ales la efectele depresogene ale problemelor pe care le aveau cu persoanele din anturajul imediat.

Așa cum a subliniat Nemeroff (1999), afirmația lui Freud că o pierdere la o vârstă fragedă creează o vulnerabilitate care predispune la depresie în viața adultă a fost confirmată de cercetări recente. Agid et al. (1999) au realizat un studiu de caz controlat în care ratele pierderii parentale timpurii datorate morții sau separării permanente înainte de vârsta de 17 ani au fost evaluate la pacienți cu variate afecțiuni psihiatrice în viața adultă. Pierderea unui părinte în timpul copilăriei crește semnificativ probabilitatea dezvoltării depresiei majore în viața de adult. Efectul pierderii datorate separării permanente a fost mai izbitor decât efectul pierderii cauzate de moarte, la fel ca și pierderea înainte de vârsta de 9 ani, comparativ cu pierderea în copilăria mare sau adolescență. În plus, Gilman et al. (2003) au remarcat că divorțul parental în copilăria timpurie a fost asociat cu un risc de depresie mai mare pe durata vieții. Se pare că nu numai pierderile din copilăria timpurie cresc vulnerabilitatea la depresie. Atât abuzul fizic, cât și cel sexual au fost asociate independent cu depresia adultă la femei (Bernet și Stein, 1999; Bifulco et al., 1998; Brown, 1993; Brown și Eales, 1993). Femeile cu istoric de abuz sau neglijare în copilărie au o probabilitate de două ori mai mare decât cele fără un astfel de istoric de a avea relații negative și autostimă scăzută în viața adultă (Bifulco et al., 1998). Acele femei abuzate sau neglijate, care prezintă relații negative și autostimă scăzută în viața adultă, au un risc de zece ori mai mare de a face depresie.

Trauma timpurie care pare să fie relevantă pentru un număr semnificativ de adulți cu depresie poate duce la alterări biologice permanente. Vythilingam et al. (2002) au arătat că femeile depresive cu abuz în copilărie au avut, în studiul lor, un volum hipocampal stâng cu 18% mai mic decât femeile deprimate nonabuzate și un volum hipocampal stâng cu 15% mai mic decât femeile sănătoase. În plus, multe cercetări au constatat că nivelul de factor de eliberare a corticotropinei (CRF), care induce secreția hipofizară de hormon adrenocorticotrop (ACTH), este mult mai ridicat în lichidul cerebrospinal al pacienților depresivi comparativ cu subiecții nondepresivi de control (Heim et al., 2000; Nemeroff, 1998a). Când CRF este injectat direct în creierul animalelor de laborator, aceste animale au un comportament similar depresiei la oameni. Aceste observații sugerează un model stres–diateză pentru tulburările afective. Cu alte cuvinte, un substrat genetic ar putea acționa pentru diminuarea nivelului monoaminergic în sinapse sau pentru creșterea reactivității axului hipotalamo-hipofizo-adrenal la stres. Dacă individul nu trăiește un stres suficient de mare, pragul determinat genetic nu este neapărat suficient pentru a induce depresia. Cu toate acestea, experiențele de neglijare sau abuz în copilărie pot activa răspunsul la stres și induce o creștere a activității în neuronii care conțin CRF, despre care se știe că sunt sensibili la stres și excesiv de activi la persoanele depresive. Aceste celule pot deveni hipersensibile la anumiți indivizi, reacționând dramatic chiar și la stresori minori. Hammen et al. (2000) au confirmat că la femeile adulte traumele din copilărie par să le sensibilizeze la depresia indusă de stresori în viața adultă.

Într-un studiu elegant construit, Heim et al. (2000) au studiat 49 de femei sănătoase, cu vârste cuprinse între 18 și 45 de ani, care nu urmau tratamente hormonale sau psihotrope. Ei au împărțit participantele în patru grupe: 1) fără istoric de abuz în copilărie sau boli psihiatrice, 2) cu depresie majoră curentă și cu abuz sexual sau fizic în copilărie, 3) fără depresie majoră curentă, cu abuz sexual sau fizic în copilărie, 4) cu depresie majoră curentă, dar fără istoric de abuz. Femeile din studiu cu istoric de abuz în copilărie au prezentat răspunsuri crescute hipofizare, adrenale și autonome la stres, comparativ cu subiecții de control. Acest efect a fost deosebit de semnificativ la femeile cu simptome curente de depresie și anxietate. Răspunsul ACTH la stres la femeile cu istoric de abuz în copilărie și cu diagnostic curent de depresie majoră a fost de peste șase ori mai mare decât răspunsul subiecților de control de aceeași vârstă. Cercetătorii au conchis că hiperactivitatea axului hipotalamo-hipofizo-adrenal și a sistemului nervos autonom asociate cu hiposecreția de CRF sunt o consecință persistentă a abuzului din copilărie care poate contribui la diateza pentru depresia adultă.

Stresorii din copilărie sunt componentele inerente ale unui model psihodinamic care vede patologia adultă ca asociată traumelor timpurii.

Cu toate acestea, perspectiva dinamică ia în considerare și semnificația unui stresor particular. Clinicienii trebuie să-și amintească mereu că ceea ce poate să pară un stresor relativ modest pentru un observator din afară poate avea semnificații puternice, conștiente sau inconștiente, pentru pacient, care să-i accentueze foarte mult impactul. Hammen (1995) nota că „s-a ajuns la un considerabil consens că mai puțin contează apariția unui eveniment de viață negativ și mai mult interpretarea personală a semnificației evenimentului și importanța sa în contextul apariției sale" (p. 98). Într-un studiu longitudinal asupra legăturii dintre reacțiile depresive și stresori, Hammen et al. (1995) au descoperit că acei stresori al căror conținut se suprapunea cu aria de autodefinire a pacientului erau în mod deosebit factori precipitanți pentru episoade depresive. Cu alte cuvinte, la cineva al cărui simț al Sinelui este parțial definit de conexiunile sociale, pierderea unei relații personale semnificative poate precipita o depresie majoră. Pe de altă parte, dacă valoarea de sine a cuiva este în mod deosebit legată de control și succes, o asemenea persoană face mai ușor un episod depresiv ca răspuns la un eșec în muncă sau la școală.

Un studiu recent realizat de Kendler et al. (2003) arată că evenimentele de viață cu semnificații particulare pentru indivizi pot fi mai strâns legate de debutul depresiei majore la pacienții adulți. În interviuri cu gemeni identificați în Registrul Gemenilor din Virginia, au descoperit că debutul depresiei majore era anticipat, dintre stresori, de rate mari ale pierderii și umilinței. Ei au mai remarcat că evenimentele în care apărea o combinație de umilire (datorită separării inițiate de cineva semnificativ) și pierdere au fost mai generatoare de depresie decât evenimentele pure de pierdere precum moartea. Evenimentele umilitoare care devalorizează direct individul aflat într-un rol important au fost puternic asociate cu riscul de episoade depresive. De aceea, un clinician specializat în psihodinamică va dori să exploreze semnificația tuturor stresorilor pentru a afla modul unic în care stresorul a afectat pacientul.

8.1 Înțelegerea psihodinamică a depresiei

Istoria abordărilor psihanalitice/psihodinamice ale depresiei începe cu clasica lucrare a lui Sigmund Freud *Doliu și melancolie* (Freud 1917/1963). Punctul de vedere cel mai important al lui Freud era acela că pierderile din copilăria timpurie duc la predispoziție la depresie în viața adultă. El a mai observat că autodeprecierea marcată, atât de frecventă la pacienții depresivi, era rezultatul unei furii îndreptate spre

interior. Mai exact, el spunea că furia este dirijată intern pentru că Sinele pacientului s-a identificat cu obiectul pierdut. Cum a spus Freud: „Astfel, umbra obiectului cade peste Eu, iar cel din urmă poate, din această cauză, să fie judecat de o instanță specială ca și cum ar fi un obiect, obiectul părăsit" (p. 249). În 1923, Freud nota că aducerea unui obiect pierdut înăuntru și identificarea cu el poate fi singura cale prin care unele persoane renunță la o figură importantă din viața lor. În același an, în *Eul și Se-ul* (Freud, 1923/1961), el a postulat că pacienții melancolici au un Supraeu sever pe care el l-a legat de vina lor de a fi arătat agresiune față de persoanele iubite.

Karl Abraham (1924/1927) a elaborat ideea lui Freud de legare a prezentului cu trecutul. El a sugerat că adulții depresivi au suferit o scădere severă a autostimei în timpul copilăriei și că depresia adultă este declanșată de o nouă pierdere sau de o nouă dezamăgire ce stârnește sentimente negative intense față de figurile din prezent și trecut care au rănit pacientul prin retrageri, reale sau imaginare, ale iubirii lor.

Klein (1940/1975) observa că apărările maniacale, cum sunt omnipotența, negarea, disprețul și idealizarea, se dezvoltă ca răspunsuri la sentimentele dureroase produse de suferința pentru obiectele pierdute ale dragostei. Aceste apărări sunt folosite pentru: 1) salvarea și reinvestirea obiectelor pierdute ale dragostei, 2) negarea obiectelor interne rele, 3) negarea dependenței marcate de obiectele dragostei. Clinic, pacienții pot exprima aceste operațiuni maniacale printr-o negare a oricărei agresivități sau distructivități față de alții, printr-o dispoziție euforică contrară situației lor actuale de viață, prin idealizarea altora sau printr-o atitudine sfidătoare ori disprețuitoare față de alte persoane care servesc la negarea nevoii de relație. Un aspect integral al posturii defensive maniacale este adesea o dorință de a triumfa asupra părinților și de a inversa astfel relația părinte–copil. Această dorință de a triumfa poate da naștere în schimb vinovăției și depresiei. În viziunea lui Klein, acest mecanism este parțial responsabil pentru depresia care se dezvoltă frecvent după un succes sau o promovare.

Formularea lui Klein este utilă pentru că ajută clinicienii să înțeleagă cum poate funcția psihologică a episodului maniacal să coexiste cu determinanții biologici. Funcția defensivă a maniei este cea mai evidentă la pacienții maniacali disforici (Post et al., 1989), la care anxietatea și depresia „străpung" un episod maniacal, necesitând renașterea negării maniacale. Mai mult, într-o formă mult mai atenuată, apărările hipomaniacale sunt în mod tipic concepute pentru a apăra împotriva amenințării afectelor depresive. Un pacient, de exemplu, spunea că s-a simțit „bine" după ce a aflat de moartea mamei sale. S-a simțit puternic expansiv și eliberat de dependență. În ciuda acestor sentimente, a putut să-și dea seama cât era de ciudat că nu a fost lovit de tristețe.

În anii '50, au apărut contribuțiile lui Bibring (1953), care difereau substanțial de cele ale lui Freud și Klein, în privința rolului agresivității. El considera că este mai bine să înțelegem depresia ca pe o stare afectivă primară, neasociată agresivității întoarse spre interior, pe care au subliniat-o Klein și Freud. El vedea stările melancolice ca născute din tensiunea dintre idealuri și realitate. Trei aspirații înalt investite narcisic — să fii prețuit și iubit, să fii puternic sau superior și să fii bun și iubitor — sunt considerate ca standarde de conduită. Cu toate acestea, conștiența Eului privind inabilitatea sa reală sau imaginată de a se ridica la aceste standarde produce depresie. Ca urmare, persoana deprimată se simte neajutorată și lipsită de putere. El credea că orice lezare a autostimei poate precipita depresia clinică. De aceea, vulnerabilitatea narcisică era cheia înțelegerii lui Bibring despre ceea ce pune în mișcare procesul depresiv. El nu vedea că Supraeul avea un rol-cheie în acest proces.

După studierea dosarelor copiilor depresivi de la Clinca Hampstead din Marea Britanie, Sandler și Joffe (1965) au ajuns la concluzia că aceștia devin deprimați atunci când simt că au pierdut ceva esențial pentru autostimă, dar se simt prea neajutorați pentru a face ceva în privința acestei pierderi. Ei au subliniat că pierderea era mai mult decât un obiect al dragostei, real sau imaginar, ci și o stare de bine conferită individului de acest obiect. Această stare a devenit un tip de „paradis pierdut", care a fost idealizat și dorit intens chiar dacă era de neatins.

Jacobson (1971a) a dus mai departe formularea lui Freud sugerând că pacienții deprimați se poartă de fapt ca și cum ar fi obiecte neînsemnate, pierdute ale iubirii, deși ei nu-și asumă toate caracteristicile acestei persoane pierdute. În cele din urmă, acest obiect intern rău — sau obiectul extern pierdut al iubirii — se transformă într-un Supraeu sadic. Atunci, pacientul depresiv devine „o victimă a Supraeului, la fel de neajutorată și lipsită de putere ca un copilaș care este torturat de cruda și puternica sa mamă" (p. 252).

> Dna I era o casnică în vârstă de 49 de ani care dezvoltase o depresie psihotică. Devenise convinsă că era complet inutilă și se gândea adesea cum o bătea tatăl ei în copilărie pentru că era o „fetiță rea". Uneori, introiectul rău al tatălui abuziv și detestat fusese absorbit în imaginea de Sine a pacientei, iar ea se rănea, atât ca autopedepsire, cât și ca mod de a-și ataca obiectul intern. Alteori, tatăl era perceput ca un obiect intern separat sau ca un Supraeu aspru care o mustra că este rea. În aceste condiții, dna I auzea o voce halucinată spunând „Ești rea" și „Meriți să mori".

Lumea de obiecte interne a dnei I indică felul în care, în depresia psihotică, există o fuziune a Sinelui cu obiectul, pe de o parte, și o reactivare a relației de obiect intern în care obiectul rău și chinuitor sau Supraeul primitiv persecută un Sine rău, pe de altă parte. Jacobson

credea că mania poate fi înțeleasă ca o reunire magică a Sinelui cu figura aspră a Supraeului, astfel schimbându-se figura dintr-un călău punitiv într-o persoană în întregime bună, iertătoare și iubitoare. Acest obiect idealizat poate apoi să fie proiectat în lumea exterioară pentru a stabili relații puternic idealizate cu alții, în timp ce agresivitatea și dorința de distrugere sunt negate.

Arieti (1977) a postulat o ideologie preexistentă la persoanele care devin sever deprimate. El a observat, pe când trata pacienți sever deprimați, că aceștia au adesea un model de viață pentru altcineva, în loc de a avea un model de viață pentru ei înșiși. El a numit persoana pentru care trăiau ei *celălalt dominant*. Soțul, soția sunt adesea celălalt dominant, însă uneori această funcție poate fi îndeplinită de un ideal sau de o organizație. El a folosit termenul de *scop dominant* sau *etiologie dominantă* pentru situația în care un scop sau țel transcendent a ocupat acest loc în lumea psihologică a individului. Acești indivizi simt că a trăi pentru altcineva sau altceva nu este un lucru bun pentru ei, dar se simt incapabili să schimbe asta. Ei pot crede că viața este fără valoare dacă nu pot obține răspunsul pe care-l doresc de la celălalt dominant sau dacă nu-și pot atinge scopul imposibil.

Teoria atașamentului ne poate învăța multe despre depresie. John Bowlby (1969) vedea atașamentul copilului față de mamă ca necesar pentru supraviețuire. Când atașamentul este rupt prin pierderea părintelui sau printr-o evoluție instabilă față de părinte, copiii se văd ca nedemni de iubit, iar pe mamele lor și pe ceilalți care îi îngrijesc, ca pe niște persoane abandonante și de care nu se pot atașa. De aceea, copiii aceștia pot deveni depresivi în viața adultă ori de câte ori trăiesc o pierdere, pentru că aceasta reactivează sentimentele de abandon și imposibilitatea de a fi iubiți.

Există mai multe teme și formulări psihodinamice care sunt rezumate în Tabelul 8.1. Aproape toate vederile psihanalitice sugerează o vulnerabilitate narcisică fundamentală sau o autostimă fragilă la pacienții depresivi (Busch et al., 2004). Furia și agresivitatea sunt și ele implicate în cele mai multe teorii, mai ales în asociere cu vina și autodenigrarea pe care acestea le produc. În plus, căutarea unei figuri înalt protectoare, cu certitudinea că pacientul nu va afla acea persoană, este o parte a tabloului depresiv. Un Supraeu exigent și perfecționist pare să joace un rol central și poate deveni chinuitor prin cererile pe care i le adresează individului. În unele cazuri, se formează un cerc vicios (Busch et al., 2004). O persoană care este deprimată poate încerca să compenseze idealizându-se pe sine sau alte persoane semnificative. Totuși, această idealizare doar crește riscul unei eventuale dezamăgiri, care atrage după ea apoi depresia, pentru că aceste standarde înalte nu au fost atinse. Acest eșec poate duce și la devalorizarea propriei persoane și la furia autodirecționată.

Tabel 8–1. Contribuții istorice majore la modelele psihodinamice ale depresiei/distimiei

Freud (1917/1963)	Furia întoarsă spre interior
Abraham (1924/1927)	Pierderile din prezent reactivează scăderea autostimei din copilărie
Klein (1940/1975)	Eșec de dezvoltare în timpul poziției depresive
Bibring (1953)	Tensiune în Eu între idealuri și realitate
Sandler și Joffe (1965)	Neputință ca răspuns la pierderea obiectului real sau imaginar al iubirii în copilărie
Bowlby (1969)	Pierderea reactivează senzația de a fi de neiubit și abandonat consecutiv atașamentului nesigur
Jacobson (1971a, 1971b)	Obiectul pierdut al iubirii transformat într-un Supraeu sadic
Arieti (1977)	A trăi pentru celălalt dominant

Un model psihodinamic contemporan al depresiei trebuie să înțeleagă că experiențele timpurii ale traumei îl fac pe copil să dezvolte reprezentări problematice ale Sinelui și obiectelor. În cazul abuzului fizic și sexual, copilul internalizează un Sine rău care merită abuzul și care este foarte sensibil în privința victimizării. Reprezentarea obiectului este, cel mai probabil, aceea a unei figuri abuzive și punitive care atacă Sinele. Sentimentul de a fi chinuit sau persecutat de acest obiect intern abuziv se potrivește foarte bine cu observațiile asupra Supraeului punitiv. De asemenea, pierderea timpurie a unui părinte duce copilul la dezvoltarea unui simț al Sinelui abandonat, căruia nu i se pot satisface nevoile pe care în mod normal un părinte le îndeplinește. Copilul internalizează și o reprezentare a obiectului abandonant și crește cu un sentiment al pierderii și al dorului, care se reactivează în viața adultă în momentul în care apare un stresor care implică pierderea. De aceea, efectele pierderii sunt accentuate când pierderea apare în viața adultă. Pentru că autostima copilului este bazată în general pe felul în care acesta este tratat în primele sale interacțiuni cu familia, o autostimă vulnerabilă este și ea o moștenire a traumei și a pierderii din copilărie. Construirea personalității copilului în contextul relațiilor problematice cu părinții și cu alte persoane semnificative va avea probabil ca rezultat dificultăți de relaționare în viața adultă. Astfel, adulții cu un asemenea trecut pot avea dificultăți în formarea și menținerea relațiilor și pot fi mai vulnerabili la pierdere și la rănirea narcisică de către alții.

Studiul mecanismelor de apărare este o altă componentă a teoriei psihanalitice, relevantă pentru un model psihodinamic al depresiei. Mecanismele de apărare sunt create foarte devreme în viață, pentru a controla stările afective dureroase. Lucrările lui Kwon (1999; Kwon și Lemmon, 2000) arată că anumite mecanisme de apărare pot contribui

la dezvoltarea depresiei, în timp ce altele pot contribui la protecția împotriva depresiei. Întoarcerea împotriva propriei persoane, care presupune autocritică exagerată și persistentă, este o apărare imatură care are un efect aditiv asupra stilului atribuțional negativ în dezvoltarea disforiei. Alte mecanisme de apărare imature par să crească și ele riscul depresiei și al altor boli psihiatrice (Vaillant și Vaillant, 1992). Pe de altă parte, anumite mecanisme de apărare de nivel înalt, cum ar fi intelectualizarea, care presupune reinterpretarea realității prin intermediul unor principii generale și abstracte, pot modera pozitiv influența stilurilor atribuționale asupra nivelului disforiei. De aceea, adăugarea unei perspective psihodinamice a apărărilor poate ușura înțelegerea și tratarea depresiei (Hayes et al., 1996; Jones și Pulos, 1993).

Un alt principiu al gândirii psihodinamice este concentrarea pe ceea ce este unic în fiecare pacient, opunându-se percepției pacienților ca parte a unui grup larg. Din acest punct de vedere, modelele psihodinamice ale depresiei iau în considerare calitățile unice ale mecanismelor de apărare și ale relațiilor de obiect pentru fiecare persoană deprimată. De exemplu, Blatt (1998, 2004) a studiat populații largi de pacienți depresivi și a observat două tipuri psihodinamice de bază. Tipul *anaclitic* este caracterizat de sentimente de neajutorare, singurătate și slăbiciune, asociate cu frici cronice de abandon și lipsă de protecție. Acești indivizi tânjesc să fie alinați, protejați și iubiți. Ei sunt caracterizați prin vulnerabilitate la ruperea relațiilor interpersonale și folosesc de obicei ca mecanisme de apărare negarea, deplasarea și refularea. Spre deosebire de ei, pacienții *introiectivi* care sunt deprimați sunt în primul rând preocupați de autodezvoltare. Relațiile intime sunt văzute ca secundare și ei folosesc alte mecanisme de apărare: intelectualizare, formațiune reacțională și raționalizare. Ei sunt excesiv de perfecționiști și de competitivi și dirijați de dorința de a se realiza la muncă și la școală. Pacienții de tip anaclitic își manifestă depresia în special prin sentimente disforice de abandon, pierdere și singurătate. Pacienții de tip introiectiv își manifestă depresia prin sentimente de vinovăție și lipsă de valoare. Ei au un deosebit simț al eșecului și sentimentul că și-au pierdut autonomia și controlul.

8.2 Psihodinamica suicidului

Multe boli psihiatrice diferite pot culmina cu deznodământul tragic al sinuciderii. Sinuciderea este cel mai frecvent asociată cu tulburări afective majore. De aceea, va fi abordată detaliat în cuprinsul acestui capitol. Înainte de a examina perspectiva psihodinamică a suicidului,

se impune o obiecție. Determinanții comportamentului suicidar pot fi atât biologici, cât și psihologici. Aspectele psihodinamice scoase la iveală de travaliul psihoterapeutic cu pacienți suicidari pot fi, în unele situații, *secundare* în raport cu schimbările neurochimice, așa încât toate modalitățile de tratament somatic disponibile trebuie să fie folosite agresiv în paralel cu abordarea psihoterapeutică. În multe cazuri, doar psihoterapia nu este suficientă pentru pacienții sever suicidari. Într-un studiu comparat (Lesse, 1978), doar 16% dintre pacienții sever deprimați care urmau o psihoterapie au avut rezultate pozitive, în timp ce 83% dintre pacienții care urmau atât psihoterapie, cât și farmacoterapie și 86% dintre aceia care fuseseră supuși terapiei electroconvulsivante (TEC) au avut rezultate bune. Salvarea vieții pacienților este mult mai importantă decât puritatea teoretică.

Ideația și comportamentul suicidar, ca toate celelalte acte și gânduri, sunt produsele finale ale principiilor supradeterminării și funcției multiple (v. Capitolul 1). Motivațiile suicidului sunt foarte variate și adesea necunoscute (Meissner, 1986). De aceea, clinicianul trebuie să asculte cu atenție fiecare pacient, observând dezvoltările particulare de transfer–contratransfer, înainte să se ajungă la o saturare a bazelor dinamice ale suicidului.

Conform înțelegerii sale asupra depresiei, Freud (1917/1963) a presupus că Eul se poate ucide singur doar dacă se tratează pe el însuși ca pe un obiect, așa că a postulat că suicidul rezultă din impulsuri ucigașe deplasate — adică dorințele distructive față de un obiect internalizat sunt redirecționate împotriva Sinelui. După dezvoltarea modelului structural (Freud, 1923/1961), Freud a redefinit suicidul ca victimizare a Eului de către un Supraeu sadic. Viziunea lui Karl Menninger (1933) asupra suicidului era ceva mai complexă. El credea că există cel puțin trei dorințe care pot contribui la un act suicidar: dorința de a ucide, dorința de a fi ucis și dorința de a muri. Dorința de a ucide poate fi direcționată nu doar spre un obiect *intern*. Experiența clinică confirmă tot mereu faptul că suicidul este adesea destinat distrugerii vieților supraviețuitorilor. De exemplu, pacienții depresivi simt adesea că sinuciderea este singura răzbunare satisfăcătoare împotriva părinților. Partenerul unui pacient poate fi, în același fel, „ținta" sinuciderii.

O temă recurentă în relațiile de obiect ale pacienților suicidari este drama desfășurată între un călău sadic și victima chinuită. Ca și în cazul dnei I descris anterior, există adesea un obiect intern persecutor care îl face pe pacient să se simtă îngrozitor. Pe de altă parte, pacientul care se identifică cu persecutorul poate chinui, la rândul său, pe oricine din anturaj. În unele cazuri, pacientul poate crede că singura soluție posibilă de ieșire din această dramă este supunerea față de călău prin sinucidere (Meissner, 1986). Figura persecutoare internă a fost numită „călăul ascuns" (Asch, 1980).

În alte cazuri, agresivitatea joacă un rol mult mai modest în motivarea suicidului. Fenichel (1945) observa că suicidul poate însemna împlinirea unei dorințe de reunire, adică o reunire veselă și magică cu o persoană iubită și pierdută sau o unire narcisică cu o figură a Supraeului iubitor. Pierderea de obiect stă adesea în spatele comportamentului suicidar și mulți pacienți suicidari dau dovadă de puternice dorințe de dependență față de un obiect pierdut (Dorpat, 1973). Din acest punct de vedere, suicidul poate fi o dorință regresivă de reunire cu o figură maternă pierdută. Ultimele cuvinte ale reverendului Jim Jones pronunțate la suicidul și homicidul în masă din 1978 din Guyana au fost „mamă... mamă", rostite chiar înainte să se împuște în cap. Un proces patologic de doliu este implicat adesea în sinucideri, mai ales la acelea care se întâmplă la comemorarea morții cuiva iubit. Cercetările au demonstrat, de exemplu, că există o corelație statistic semnificativă între sinucidere și comemorarea morții unui părinte (Bunch și Barraclough, 1971). Când autostima și autointegritatea cuiva depind de atașamentul față de un obiect pierdut, suicidul pare a fi singura cale de a reface autocoeziunea.

Dna J era o femeie de 24 de ani cu depresie psihotică al cărei frate geamăn se sinucisese în urmă cu doi ani. După moartea acestuia, ea se retrăsese din viață, intenționând să se sinucidă la rândul ei. Mai mult, se identificase psihotic cu fratele ei, până la punctul la care se credea bărbat și își atribuise prenumele fratelui. Boala ei se dovedise refractară la tratamentul cu antidepresive cu litiu și TEC. Simțea că nu poate continua să trăiască în absența fratelui ei. Dna J s-a sinucis, în cele din urmă, la comemorarea morții fratelui ei.

Pentru a aprecia riscul de sinucidere la un pacient, aceste teme psihodinamice trebuie puse în contextul factorilor predictivi ai riscului suicidar. Un studiu prospectiv efectuat pe 954 de pacienți (Clark și Fawcett, 1992) a arătat că este extrem de util să facem diferența între factorii de risc pe termen scurt și factorii pe termen lung în încercarea de a preveni suicidul. Șapte factori au anticipat suicidul în termen de un an de la intrarea în studiu: atacuri de panică, anxietate, scăderea severă a interesului și a plăcerii, agitație depresivă care implica o schimbare rapidă a dispoziției de la anxietate la depresie și la furie și viceversa, abuz de alcool, scăderea capacității de concentrare și insomnie globală. Factorii pe termen lung includ disperarea, ideația suicidară, intenții suicidare și istoric de tentative de suicid anterioare. Disperarea care s-a arătat în mod repetat a fi într-o mai mare măsură un factor predictiv pentru sinucidere decât depresia poate fi asociată cu o imagine a Sinelui rigidă, care nu se schimbă în ciuda dezamăgirilor repetate. Dacă cineva nu poate trăi la nivelul așteptărilor ținute foarte rigid despre ceea ce ar trebui să fie Sinele, e posibil să apară

disperarea, iar sinuciderea pare să fie singurul mod de ieșire din această situație. Respectând această constatare, Arieti (1977) a remarcat că anumiți pacienți care nu-și pot schimba ideologia dominantă sau așteptările celuilalt dominant pot prezenta și ei un mare risc suicidar. În evaluarea ideației suicidare, există un risc mai mare atunci când ideația este *egosintonică* — acești pacienți găsesc ideația suicidară acceptabilă și par a fi renunțat să lupte împotriva dorinței de a se omorî.

Pentru a pune sinuciderea în context psihodinamic, clinicienii trebuie să înțeleagă natura evenimentului precipitant, motivațiile conștiente și inconștiente și variabilele psihologice preexistente care cresc probabilitatea acțiunii conforme cu gândurile suicidare. Prin intermediul testelor psihologice proiective, cercetătorii (Smith, 1983; Smith și Eyman, 1988) au studiat și identificat patru modele ale funcționării Eului și paradigme ale relațiilor de obiect intern care făceau diferența între indivizii cu tentative serioase și cei care făceau doar gesturi pentru a-i controla pe cei apropiați. Sinucigașii reali au prezentat 1) o inabilitate de a renunța la dorințele infantile de protecție, asociate cu conflictul privind starea de dependență, 2) o viziune limpede, dar ambivalentă asupra morții, 3) exigențe excesiv de mari față de sine, 4) controlarea în exces a afectelor, cu deosebire a agresivității. Cu toate că acest model se aplică mai mult bărbaților decât femeilor (Smith și Eyman, 1988), atitudinea inhibitoare asupra agresivității distinge femeile sinucigașe reale de acelea care recurg doar la gesturi blânde. Aceste rezultate ale testelor implică faptul că structurile psihologice preexistente care favorizează sinuciderea sunt mai consistente la pacienții individuali decât diversele motivații aflate îndărătul unui act sinucigaș particular.

8.3 Considerații asupra tratamentului

8.3.1 Rezultatele cercetărilor

Psihoterapia psihanalitică sau psihodinamică a depresiei/distimiei are o bază de cercetare mai mică decât terapia cognitiv-comportamentală și decât psihoterapia interpersonală. Cercetările de psihoterapie psihanalitică au în față multe provocări unice, drept care pot fi problematice. Definirea intervențiilor terapeutice unice pentru psihoterapia psihanalitică, standardizarea acestor tehnici printre terapeuții bine pregătiți, acceptarea finalului deschis și adesea a unei durate lungi a

terapiei, selectarea unor subiecți de control adecvați și abordarea obiecțiilor privind randomizarea studiului — toate acestea fac din cercetarea domeniului o întreprindere dificilă.

În ciuda dificultăților și aspectelor complexe ale acestui demers, există din ce în ce mai multă literatură concentrată pe psihoterapia psihanalitică și psihodinamică a depresiei. Studiile mai vechi foloseau terapia dinamică scurtă ca grup de comparație pentru evaluarea și de obicei validarea altei metode terapeutice. Studii mai recente și riguros controlate au arătat că psihoterapia psihodinamică este cel puțin la fel de eficientă ca alte modalități terapeutice. Într-un studiu efectuat asupra îngrijitorilor deprimați ai membrilor mai bătrâni din familii (Gallagher-Thompson și Steffen, 1994), randomizarea s-a făcut la unul dintre cele două grupuri de tratament: terapie psihodinamică scurtă sau terapie cognitiv-comportamentală. După 20 de ședințe, 71% dintre îngrijitori nu mai erau clinic depresivi. Pe ansamblu, nu s-au găsit diferențe între cele două grupuri de tratament.

Rezultate similare au fost raportate la al doilea Proiect de Psihoterapie de la Sheffield (Shapiro et al., 1994, 1995). În acest studiu controlat randomizat realizat în Marea Britanie, 120 de pacienți depresivi au fost trimiși la 8 sau 16 ședințe de terapie psihodinamică interpersonală sau terapie cognitiv-comportamentală. Ambele tratamente s-au dovedit la fel de eficiente și au avut un efect la fel de rapid. Cu toate acestea, la pacienții sever depresivi rezultate semnificativ mai bune au apărut după 16 săptămâni de terapie, indiferent dacă a fost vorba despre terapie psihodinamică interpersonală sau cognitiv-comportamentală. La o evaluare realizată după o urmărire de un an de zile, nu au fost găsite diferențe în general nici în rezultate, nici în menținerea efectelor pozitive între cele două tipuri de terapie. Perioadele lungi de terapie par a fi asociate cu rezultate mai bune pe termen lung, mai ales în cazul terapiei interpersonale psihodinamice.

În alt studiu randomizat controlat care compara terapia foarte scurtă cognitiv-comportamentală și terapia psihodinamică interpersonală pentru depresie subsindromală, Barkham et al. (1999) au dezvoltat un model „doi plus unu": două ședințe de o oră la o săptămână distanță, urmate de o a treia ședință de o oră după trei luni. Toate grupurile de tratament au avut rezultate bune și nu au existat diferențe semnificative între modalitățile de tratament, cu excepția urmăririi la un an, când terapia cognitiv-comportamentală a demonstrat un avantaj semnificativ la evaluarea prin Inventarul de Depresie Beck.

Un studiu controlat randomizat asupra efectelor terapiei psihodinamice interpersonale scurte versus tratamentul obișnuit după autovătămarea deliberată (Guthrie et al., 2001) efectuat în Marea Britanie a arătat semnificativ mai puțină ideație suicidară și mai puține încercări de autodistrugere printre pacienți la urmărirea de 6 luni comparativ cu

subiecții control. Un recent studiu controlat al efectelor pe termen scurt și pe termen lung ale tratamentului psihologic al depresiei post partum (Cooper et al., 2003) a comparat efectele consilierii nondirective, ale terapiei cognitiv-comportamentale și ale terapiei psihodinamice în raport cu tratamentul oferit în spital. La 4 luni și jumătate, toate cele 3 grupuri de tratament au prezentat scoruri semnificativ mai mici pe Scala de depresie postnatală Edinburgh comparativ cu grupul de control, dar numai terapia psihodinamică s-a arătat a fi semnificativ superioară tratamentului grupului de control în reducerea ratei depresiei, în baza Interviului Clinic Structurat pentru DSM-III-R.

Cea mai recentă reevaluare metaanalitică a eficacității psihoterapiei psihodinamice scurte aplicate depresiei majore conform DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), comparativ cu terapia cognitiv-comportamentală sau cu terapia comportamentală (Leichsenring, 2001), a inclus doar studii în care s-au efectuat cel puțin 13 ședințe de terapie și în care au fost tratați cel puțin 20 de pacienți. Nu s-au găsit diferențe semnificative între terapii în privința ameliorării simptomelor depresive, a simptomelor psihiatrice generale, a funcționării sociale sau a numărului de pacienți în remisie sau ameliorați. Autorul a tras concluzia că psihoterapia psihodinamică scurtă și terapia cognitiv-comportamentală sau comportamentală par să fie la fel de eficiente în tratamentul depresiei.

O evaluare a tratamentului depresiei la vârstnici (Karel și Hinrichsen, 2000) confirmă faptul că psihoterapia psihodinamică este mai eficientă decât lipsa tratamentului și pare să fie la fel de eficientă în comparație cu alte tipuri de terapie. Sărăcia de cercetări curente și nevoia de mai multe studii axate pe depresia geriatrică sunt subliniate în acest studiu, ca și o metaanaliză a tratamentelor farmacologice și psihologice pentru pacienții vârstnici depresivi (Gerson et al., 1999).

Un studiu inedit asupra psihoterapiei psihodinamice scurte în depresie îi descrie eficacitatea într-un cadru natural folosind un tratament hibrid între eficacitate/randament (Hilsenroth et al., 2003). Douăzeci și unu de pacienți cu tulburare depresivă majoră, tulburare depresivă fără altă specificație, distimie sau tulburare de adaptare cu dispoziție depresivă au urmat tratament cu una sau două ședințe pe săptămână. În acest studiu, spre deosebire de cele anterioare, pacienții nu au fost excluși din cauza comorbidităților. În plus, durata tratamentului nu a fost fixă, ca în cazul studiilor controlate randomizate, ci a fost hotărâtă de clinician, pacient și de evoluția terapiei. Toți pacienții au efectuat cel puțin 9 ședințe, iar numărul de ședințe a fost în medie de 30, pe o durată medie de 7 luni. Simptomatologia depresivă și funcționarea relațională, socială și ocupațională conform DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) au fost evaluate folosind scale clinice și autoevaluări pre- și posttratament. Schimbări pozitive semnificative

statistic au apărut în toate ariile de funcționare. Și mai interesant, o legătură directă proces–rezultat a fost observată între tehnicile terapeutice și ameliorarea simptomelor depresive. Mai specific, concentrarea ședinței pe afect și exprimarea emoțiilor par să fi fost cele mai importante elemente. Autorii au admis limitările date de dimensiunea mică a grupului și de nivelul clinic ușor spre moderat al bolii. Cu toate acestea, studiul este o premieră, relaționând eficacitate cu un cadru natural.

Studii mai recente au început să investigheze combinarea psihoterapiei cu medicația antidepresivă în tratamentul depresiei. Într-un studiu olandez, 167 de persoane neinternate cu depresie majoră au fost incluse într-un studiu clinic randomizat de șase luni cu antidepresive sau terapie combinată (de Jonghe et al., 2001). Tratamentul antidepresiv inițial a fost cu fluoxetină și s-a folosit un protocol de pași succesivi cu amitriptilină și moclobemidă în cazurile de intoleranță sau ineficiență. Tratamentul combinat a adăugat 16 sesiuni de psihoterapie suportivă psihodinamică scurtă. Diferențe semnificative statistic în ratele de succes au favorizat substanțial terapia combinată la 8, 16 și 24 săptămâni de tratament. La 6 luni, 40% dintre pacienții care primiseră doar antidepresive au încetat să-și mai ia medicația, în timp ce doar 22% din cei supuși terapiei combinate au renunțat. Rata medie de succes pentru grupul de farmacoterapie a fost de 40,7% și de aproape 60% pentru grupul de terapie combinată la 24 de săptămâni. Pacienții care au urmat tratamentul combinat au avut o probabilitate mai mică de a abandona tratamentul — medicamentos sau integral —, având de aceea șanse semnificativ mai mari de vindecare.

Alt studiu care susținea superioritatea terapiei combinate asupra farmacoterapiei simple pentru depresia majoră a fost realizat de Burnand et al. (2002). În acest studiu elvețian, 74 de pacienți au fost randomizați pentru tratament cu clomipramină sau clomipramină combinată cu psihoterapie psihodinamică, într-un cadru de tratament nespitalizat de 10 săptămâni pentru o patologie acută. Pacienții care luau doar clomipramină au primit îngrijiri suportive comparabile cu cantitatea de psihoterapie structurată primită de grupul de terapie combinată. S-au observat ameliorări în ambele grupuri. Cu toate acestea, pacienții din grupul de tratament combinat au prezentat rate mai mici de eșec al tratamentului și o funcționare mai bună la locul de muncă după 10 săptămâni. În plus, acest grup a demonstrat o funcționare globală mai bună și o rată de spitalizare mai mică după încheierea studiului. Psihoterapia psihodinamică scurtă s-a dovedit a fi și foarte economică: o economie de 2 311 dolari pe pacient în grupul de tratament combinat rezultată din mai puține zile de muncă pierdute și mai puțină spitalizare. Aceste cifre au depășit costul furnizării psihoterapiei.

Eficacitatea de cost a psihoterapiei psihodinamice scurte a fost sugerată anterior într-un studiu efectuat pe 110 pacienți nonpsihotici a căror boală nu a răspuns la tratamentul de rutină oferit de un specialist în sănătate mintală pe o perioadă de șase luni (Guthrie et al., 1999). Dintre acești pacienți, 75,5% au prezentat tulburări depresive. Toți pacienții au fost randomizați fie pentru opt ședințe săptămânale de psihoterapie psihodinamică interpersonală, fie pentru controlul și îngrijirea uzuală psihiatrică. La urmărirea de șase luni, aceia care urmau o terapie au demonstrat o ameliorare semnificativ mai mare decât subiecții de control în zonele de funcționare socială și de stres psihologic. Ei au arătat, de asemenea, o reducere semnificativă a utilizării serviciilor de sănătate în primele șase luni după tratament comparativ cu subiecții de control. Costul adițional al terapiei a fost compensat de reducerea cheltuielilor de asigurare de sănătate în șase luni.

Studiile randomizate controlate care investighează terapia psihodinamică lungă și psihanaliza cu pacienții depresivi rămân indisponibile. Mulți clinicieni recunosc faptul că există un subgrup de pacienți depresivi care necesită acest tratament. Blatt et al. (1995) au reanalizat date de la Programul de Cercetare în Colaborare a Tratamentului Depresiei al Institutului Național de Sănătate Mintală și au descoperit că pacienții perfecționiști și autocritici (i.e., subtipul introiectiv de pacienți depresivi) nu au răspuns bine la nici unul dintre cele patru tipuri de tratament care au cuprins 16 săptămâni de terapie cognitivă, 16 săptămâni de terapie interpersonală, 16 săptămâni de imipramină plus management clinic și 16 săptămâni de placebo plus management clinic. Două studii de urmărire în cadrul natural (Blatt, 1992; Blatt et al., 1994) au arătat că psihoterapia psihodinamică pe termen lung poate fi eficientă la pacienții autocritici și perfecționiști care nu răspund la terapiile scurte. Mulți dintre acești pacienți au probabil trăsături caracterologice obsesiv-compulsive și narcisice semnificative. Acești pacienți perfecționiști pot prezenta și un risc mare de sinucidere (Blatt, 1998; Hewitt et al., 1997), așa încât investiția de timp, energie și resurse poate fi foarte bine justificată. Sunt necesare cercetări ulterioare pentru a confirma această ipoteză.

8.3.2 Principii de tratament

Mania

Cei mai mulți pacienți maniacali nu vor putea beneficia de intervențiile terapeutice până când mania lor nu este controlată farmacologic. Mare parte a tratamentului ulterior presupune prevenirea recăderilor prin concentrarea asupra problemelor de noncompliantă și a lipsei de

insight asupra bolii. Trebuie abordate mai multe teme psihodinamice majore prezente adesea la pacienții bipolari. Păstrând negarea generală a bolii lor, acești pacienți argumentează adesea că simptomele lor maniacale sau hipomaniacale nu sunt o manifestare de boală, ci mai degrabă reflectarea felului în care sunt ei de fapt. Pacienții bipolari au o cunoscută lipsă de insight. Într-un studiu efectuat pe 28 de pacienți maniacali, tratați într-o secție de spital (Ghaemi et al., 1995), s-a evaluat insight-ul pacienților la internare și la externare. Cercetătorii au descoperit că până și atunci când toate simptomele de manie s-au ameliorat ori s-au remis, insight-ul a rămas remarcabil de absent.

Legată adesea de această negare este o altă temă psihodinamică ce implică clivajul sau discontinuitatea psihică. Mulți pacienți bipolari continuă să nege semnificația episoadelor lor maniacale anterioare chiar și atunci când sunt eutimici. Ei pot pretinde că acel comportament a fost pur și simplu rezultatul faptului că nu s-au îngrijit și adesea insistă că ceea ce s-a întâmplat înainte nu se va mai întâmpla vreodată. În această formă de clivaj, reprezentarea Sinelui implicat în episodul maniacal este văzută ca total separată de Sinele din faza eutimică. Această lipsă de continuitate a Sinelui nu pare să-l deranjeze pe pacient, deși pare a-i exaspera pe membrii familiei și pe doctori. Specialistul care tratează pacientul trebuie să lucreze psihoterapeutic pentru a pune laolaltă fragmentele Sinelui într-un continuum narativ în viața pacientului, așa încât nevoia de a menține farmacoterapia să devină mai consistentă la acest pacient. Uneori, înregistrarea pe bandă a episoadelor maniacale (cu permisiunea pacientului) și prezentarea lor pacientului atunci când acesta este eutimic pot ajuta la convingerea pacientului că există o legătură între Sinele maniacal și cel eutimic.

Dintr-o perspectivă kleiniană, sarcina terapeutică fundamentală cu pacientul bipolar poate fi facilitarea travaliului doliului. Pierderile parentale timpurii, mai ales a mamei, sunt puternic asociate cu dezvoltarea bolii bipolare (Mortensen et al., 2003). De fapt, copiii care-și pierd mama înainte de vârsta de 5 ani au un risc de patru ori mai mare de a dezvolta o tulburare bipolară. Există și o legătură puternică între trauma fizică din copilărie și mania în viața adultă (Levitan et al., 1988) și este posibil ca nevoia de a nega agresivitatea să aibă rădăcini în primii ani de viață. Amenințarea unor sentimente agresive și persecutoare duce la nevoia creării de apărări maniacale pentru a le nega. După un episod maniacal, pacienții pot fi foarte conștienți de propria distructivitate și pot resimți remușcări pentru răul pe care l-au făcut altora în timpul fazei maniacale. Psihoterapeuții pot deci să intervină la momentul potrivit pentru a-i ajuta pe pacienți să integreze părțile iubitoare și agresive ale Sinelui lor interior și reprezentările de obiect. Continuarea clivării acestor aspecte ale persoanei lor le oferă pacienților o ușurare temporară de durere, dar în nici un caz nu le rezolvă anxietățile depresive. Klein

(1940/1975) a observat că atunci când sentimentele de persecuție și agresivitate scad, apărările maniacale devin mai puțin necesare pacientului. De aceea, un alt scop este ajutarea pacientului să devină mai capabil să internalizeze acele relații în care binele și dragostea prevalează în raport cu răul și cu ura.

Într-un studiu prospectiv de doi ani asupra recăderilor efectuat pe 61 de pacienți în ambulatoriu cu tulburare bipolară (Ellicott et al., 1990), recăderea nu a putut fi explicată de schimbări ale nivelului litiului sau de complianța la medicamente. Cu toate acestea, a existat o asociere semnificativă între evenimentele stresante și recădere. Cercetătorii au ajuns la concluzia că intervențiile psihologice în perioade de mare stres sunt cruciale pentru prevenirea recurenței. Psihiatrii specializați în psihodinamică trebuie să observe semnificația agenților stresanți specifici în viața pacientului și să îi monitorizeze în timp ce controlează și administrarea timostabilizatorului.

Litiul și alte timostabilizatoare dobândesc adesea semnificații speciale pentru pacienții bipolari. Pentru unii pacienți, medicația reprezintă o metodă de a-i depriva de euforia egosintonică a episoadelor maniacale. Medicația le poate reaminti pacienților și de unii membri ai familiei care au suferit de tulburare bipolară cu consecințe precum sinuciderea. Jamison (1995) și-a descris propria luptă cu boala bipolară și a apreciat ca extraordinar ajutorul pe care i l-a oferit psihoterapia pentru a continua să ia litiu și pentru a-și înțelege temerile în administrarea medicației. Prin psihoterapie, ea și-a descoperit aceste temeri: „De fapt, la baza tuturor acestora, eram terifiată că litiul ar putea să *nu* aibă efect: Cum ar fi să îl iau și să fiu în continuare bolnavă? Pe de altă parte, dacă nu l-aș lua, nu ar mai fi nevoie să îmi văd împlinite cele mai negre temeri" (p. 103).

Deși problemele legate de noncomplianță trebuie energic abordate, trebuie amintit că farmacoterapia tulburărilor bipolare are o eficacitate limitată în prevenirea în timp a recurențelor. Doar în jur de 40% dintre pacienții care iau litiu nu au mai avut recăderi la urmărirea de 5 ani (Maj, 1999). Cotele înalte ale problemelor legate de serviciu și ale problemelor de familie reprezintă mai degrabă regula decât excepția (Miklowitz și Frank, 1999). Există un consens în privința faptului că psihoterapia trebuie să aibă scopuri mai mari decât cel de a îmbunătăți gradul de complianță; psihoterapia ar trebui totodată să identifice stresorii, să îmbunătățească funcționarea în familie și să elaboreze impactul bolii asupra pacientului și a celorlalți. Miklowitz et al. (2003) au demonstrat într-un studiu riguros că psihoeducația despre funcționarea în familie, adăugată la farmacoterapie, sporește atât fidelitatea față de tratament, cât și adaptarea simptomatică în perioada care urmează unui episod.

Salzman (1998) a pledat cauza integrării farmacoterapiei și psihoterapiei în tratamentul pacienților bipolari. Construirea unei alianțe

terapeutice este problema cea mai importantă și se ajunge la realizarea ei prin explorare psihoterapeutică, empatie și educație, mai degrabă decât prin folosirea unor tactici de dezbatere. Crearea unei diagrame a dispoziției poate fi și ea utilă. Mișcările transferențiale de la idealizare la devalorizare sunt foarte frecvente, iar acting-out-ul contratransferențial ca reacție la frustrare și furie este un risc permanent.

Jamison (1995) a fost și ea de acord asupra necesității tratamentului combinat: „Pe nesimțite, psihoterapia vindecă. Dă un sens confuziei, ține în frâu gânduri și sentimente terifiante, aduce înapoi ceva din controlul și speranța și posibilitatea de a învăța din toate... Nici o pastilă nu mă va ajuta să rezolv problema că nu vreau să iau pastile; tot așa, doar psihoterapia nu poate preveni mania și depresia. Am nevoie de amândouă" (p. 89).

Depresia

Primul pas în tratamentul terapeutic al depresiei, indiferent dacă pacientul este internat sau în ambulatoriu, este stabilirea unei alianțe terapeutice. Pentru a construi raportul necesar, clinicianul trebuie să asculte pur și simplu și să empatizeze cu punctul de vedere al pacientului. Poate cea mai frecventă greșeală a membrilor familiei și a psihiatrilor începători este încercarea de a înveseli pacientul prin evidențierea aspectelor pozitive. Comentarii de tipul „Nu aveți de ce să fiți deprimat — aveți atâtea calități" sau „De ce să vreți să vă omorâți? Aveți pentru ce trăi" pun mai degrabă paie pe foc. Asemenea comentarii de „încurajare" sunt trăite de pacienți ca lipsă totală de empatie, care îi poate face să se simtă și mai neînțeleși și singuri și în consecință și mai suicidari.

Dimpotrivă, clinicienii care lucrează cu asemenea pacienți trebuie să-și exprime înțelegerea că există într-adevăr motive de depresie. Ei pot empatiza cu durerea depresiei și pot mobiliza ajutorul pacientului pentru a găsi împreună cauzele ascunse ale acestei dureri. Abordarea inițială trebuie să fie suportivă, dar fermă (Arieti, 1977; Lesse, 1978). Interpretările premature, de exemplu: „Nu sunteți cu adevărat depresiv — sunteți furios", vor fi și ele percepute ca neempatice sau neadecvate. Clinicianul va fi mult mai util dacă pur și simplu ascultă și încearcă să înțeleagă viziunea pacientului asupra bolii.

Un terapeut specializat în psihodinamică va evalua cu grijă natura stresorului care pare să declanșeze depresia. Oare stresorul implică umilire și pierdere? Oare retrezește pierderi și traume din frageda copilărie? Care a fost semnificația specială a stresorului pentru pacient? Terapeutul va dori să știe cu ce anume asociază pacientul stresorul. Este oare evenimentul reminiscența altor sentimente, gânduri sau fantasme

care au trecut prin mintea pacientului? Terapeutul specializat în psihodinamică trebuie, de asemenea, să încurajeze pacientul să descrie vise care ar putea arunca o lumină pe ceea ce se petrece în mod inconștient.

În cursul anamnezei și al evaluării stresorului, terapeuții specializați în psihodinamică trebuie să fie atenți și la temele care apar în jurul modelelor relaționale și al autostimei pacientului. Vor lua în considerare diferitele teme psihodinamice enumerate mai sus și vor aprecia care sunt cele mai clar implicate în patogeneza depresiei pacienților. S-a întors furia lor către interior? Se tem că tendința lor destructivă și supărarea i-au lezat pe cei dragi? Există undeva o imagine a Sinelui perfecționistă care pare imposibil de atins? Este oare pacientul chinuit de un Supraeu rău și neînțelegător care cere în mod constant mai mult decât poate da acesta? A trăit pacientul pentru „celălalt dominant" mai degrabă decât să-și îndeplinească propriile dorințe și vise? Este depresia mai curând de tip anaclitic, cu sentimente marcante de neajutorare, slăbiciune și singurătate sau este mai mult de tip introiectiv, pentru care autodezvoltarea pare să fie mai importantă decât găsirea unui obiect protector al iubirii? Și ce mecanisme de apărare folosește pacientul pentru a-și controla stările afective dureroase?

În timpul analizării acestor teme din istorisirea vieții pacientului, terapeutul trebuie să aibă grijă să observe transferul, contratransferul și fenomenele de rezistență. Modul în care pacientul se raportează la terapeut și sentimentele evocate în terapeut de către pacient vor furniza indicii asupra modelelor familiare de probleme de relație care apar în afara terapiei. Modelul de rezistență poate reflecta apărările pacientului și în alte situații de viață. În cele din urmă, terapeutul alcătuiește o formulare a dificultăților pacientului, care să implice atât problemele timpurii de dezvoltare, cât și situația curentă. Semnificația stresorului va avea probabil un rol important în formulare.

Formularea încearcă să abordeze întrebări de genul: Care sunt evenimentele care au precipitat aparent depresia? Ce aspirație evaluată narcisic nu a reușit pacientul să realizeze? Care este ideologia dominantă a pacientului? Cine este celălalt dominant pentru care trăiește pacientul și de la care acesta nu primește răspunsurile dorite? Există vinovăție asociată cu agresivitatea sau furia și, dacă este așa, pe cine este furios pacientul? Există o frustrare privitoare la eforturile făcute de Sine pentru obținerea unui răspuns din partea obiectului Sinelui? Prezintă pacientul o depresie de tip anaclitic, în care schimbarea terapeutică va implica relațiile interpersonale? Sau pacientul are mai degrabă o depresie de tip introiectiv, în care sunt mai importante autodefinirea și autovalorizarea?

În timp ce clinicianul ascultă povestirea pacientului și dezvoltă ipoteze despre bazele psihodinamice ale depresiei, pacientul formează un atașament de transfer față de terapeut. În termenii lui Arieti,

terapeutul devine un „terț dominant", în plus față de celălalt dominant din viața pacientului. Multe preocupări de acest fel, care sunt problematice în relaționarea primară a pacientului, vor ieși la suprafață prin transfer. Arieti a subliniat că realizarea unei alianțe terapeutice îi poate cere terapeutului să se conformeze unor așteptări ale pacientului în timpul fazelor inițiale ale psihoterapiei, facilitându-se astfel repetarea patologiei pacientului în relația terapeutică. Atunci când s-a adunat suficientă informație, terapeutul ar putea să aibă nevoie să treacă la o abordare mai expresivă și să-i interpreteze pacientului modelul „celuilalt dominant" care a provocat atâtea dificultăți. Arieti a observat că „pacientul trebuie să realizeze conștient că nu știa cum să trăiască pentru el însuși. Nu s-a ascultat niciodată pe sine însuși; în situațiile cu o mare semnificație afectivă nu a putut niciodată să se impună. A vrut doar să obțină aprobarea, afecțiunea, dragostea, admirația sau grija celuilalt dominant" (p. 866). După această conștientizare, poate ieși la suprafață o doză sănătoasă de furie împotriva celuilalt dominant.

După ce ideologia dominantă a fost dezvăluită, sarcina terapeutului este aceea de a ajuta pacientul să conceapă un nou mod de trai. În termenii lui Bibring (1953), fie trebuie modificate suficient aspirațiile idealizate pentru a putea fi realizate, fie trebuie abandonate și înlocuite cu alte scopuri și obiective. În perspectiva dezvoltării unor noi modele și scopuri de viață, acești pacienți pot depinde de terapeuții lor pentru aflarea răspunsurilor. Dacă terapeutul cedează acestei cereri și le spune ce trebuie să facă, nu face altceva decât să le reîntărească sentimentul de inutilitate și să le scadă autostima (Betcher, 1983; Maxmen, 1978). Cererea pacienților de a li se rezolva dilema poate fi pur și simplu întoarsă spre ei prin explicația că ei sunt în cea mai bună poziție de a-și face planuri alternative de viață.

O problemă centrală a abordării psihodinamice a pacienților depresivi este stabilirea unei semnificații interpersonale și a unui context pentru depresia lor. Din păcate, pacienții rezistă adesea cu tenacitate la aceste implicații interpersonale (Betcher, 1983). Ei preferă de multe ori să-și vadă depresia și dorințele suicidare ca apărând în gol, insistând asupra faptului că nu au pe cine să dea vina, în afară de ei. Atenția concentrată asupra dezvoltărilor de transfer–contratransfer poate duce la spargerea acestei forme de rezistență. Atât în psihoterapie, cât și în tratamentul spitalicesc, pacienții își recapitulează relațiile cu obiectele interne, ca și modelele lor de relaționare cu figurile externe. Pacienții depresivi, mai ales, nutresc sentimente puternice. În timpul unui asemenea tratament, terapeutul poate trăi sentimente de disperare, furie, dorința de a scăpa de pacient, fantasme de putere salvatoare și multe altele. Toate aceste reacții emoționale pot reflecta și modul în care se simt celelalte persoane din viața pacientului. Aceste dimensiuni interpersonale ale depresiei pot fi implicate în provocarea sau perpetuarea acesteia. Pentru a

examina impactul bolii pacientului asupra celor din jur, terapeutul trebuie să obțină colaborarea pacientului prin folosirea constructivă a acestor sentimente în relația terapeutică. Multe cazuri refractare de depresie au intrat în impasul repetiției modelelor caracteristice ale relațiilor de obiect, care au o bază caracterologică solidă și sunt dificil de schimbat.

Dl K era un chimist respectat care a necesitat spitalizare la vârsta de 41 de ani, în urma unei depresii cu ideație suicidară. În timpul cât vizitase spitalul ca pacient în ambulatoriu, încercase toate antidepresivele cunoscute în doze terapeutice și cu monitorizarea nivelului seric, iar în primele săptămâni de spitalizare se folosise TEC. Nici una dintre aceste intervenții somatice nu ameliorase cât de puțin depresia. Cu toate acestea, pacientul susținea în continuare că este victima unui „dezechilibru chimic" și că este responsabilitatea medicilor să rezolve acest lucru. Dl K se plângea de sentimente de devalorizare, imposibilitatea de a dormi, incapacitatea de a se concentra la muncă, deznădejde cu privire la viitor și se punea mereu la îndoială. Simțea că toate realizările lui au fost în zadar și că își adusese soția la nebunie prin repetatele lui cereri de a fi consolat. Dna K era disperată pentru că se părea că orice îi oferea soțului ei nu ajuta la nimic. De câte ori încerca să-i arate soțului aspectele pozitive ale vieții, el îi răspundea cu „da, dar", respingând punctele ei de vedere ca irelevante.

Medicul rezident însărcinat cu tratamentul dlui K și alți membri ai personalului împărtășeau aceeași frustrare. Pacientul le cerea să îi îndeplinească nevoile, dar apoi le respingea toate sugestiile ca inutile. Întregul personal se simțea neputincios, descoperit și extenuat de depresia dlui K. De câte ori medicii rezidenți de gardă veneau să facă vizite în pavilion, dl K angaja cu ei lungi discuții despre depresia sa. Enumera medicamentele pe care le încercase și expunea rolul neurotransmițătorilor în depresie. Le cerea sfaturi despre boala lui. Inevitabil, medicii rezidenți erau atrași în discuție și încercau să aline suferința acestui om evident inteligent și bine informat. Cu toate acestea, fiecare sugestie făcută de rezidenți era respinsă de dl K pentru că „nu e utilă". La sfârșitul acestor discuții, medicii simțeau că timpul pierdut cu dl K fusese inutil și plecau dezamăgiți și neputincioși.

Echipa de tratament a prezentat dilema dlui K supervizorului rezidenților, care a arătat felul în care lumea interioară a pacientului era recreată în mediu. Asumându-și rolul de „petiționar care respinge ajutorul", pacientul restabilea o relație de obiect intern caracterizată printr-o autoreprezentare victimizată și îndelung suferindă asociată cu o reprezentare de obiect inutilă și neputincioasă. Dl K se folosea de reactivarea acestei relații de obiect intern pentru a chinui pe oricine se afla în jurul lui. Era capabil, în acest fel, să descarce o enormă cantitate de furie care își avea originea în interacțiunile din copilărie cu mama sa, despre care simțea că nu a fost în stare să vină în întâmpinarea nevoilor lui.

Ca rezultat al acestei consultații, a avut loc o schimbare decisivă în abordarea tratamentului. Rezidentul și personalul care îl îngrijeau pe dl K au fost capabili să renunțe la eroicele lor eforturi terapeutice și să încerce să obțină colaborarea

pacientului pentru a-l determina să-și dea seama ce se întâmpla de fapt. Nemaifiind de aici încolo un recipient pasiv de tratamente „medicale", pacientul era acum un colaborator activ într-un proces psihologic de reflecție și de înțelegere.

Paradigma relațiilor de obiect care fusese pusă în act în mediu a fost clarificată și descrisă pacientului. În același timp, asistentul social însărcinat cu cazul i-a explicat dnei K înțelegerea bazată psihanalitic a problemei, pentru a-i ușura eliberarea de sentimentul ei de culpabilitate și a o ajuta să înțeleagă că situația prezentă era o recapitulare a unei experiențe nerezolvate din copilărie. Când echipa terapeutică a încetat să reacționeze asemenea reprezentării de obiect intern a dlui K, acesta a început să se prezinte diferit. S-a înfuriat la început la sugestia lor că ar trebui să accepte toată responsabilitatea bolii sale. Cu toate acestea, rezidentul i-a explicat că s-a încercat tot ce era posibil în materie de intervenție farmacologică și că acum dl K trebuie să-și ia în considerare propria contribuție la sentimentul că este „blocat" în hăurile disperării. Această schimbare de abordare i-a adus dlui K o nouă relație de obiect cu care să se lupte. După încăpățânarea inițială, a făcut un lung travaliu psihologic. A intrat în contact cu ura față de mama sa, învinovățită că nu i-a oferit dragostea și aprobarea pe care le cerea, ca și cu satisfacția de a-și chinui soția, care fusese o metodă de a se întoarce la mamă.

Cazul dlui K arată felul în care o depresie severă refractară la tratamentul somatic convențional poate fi asociată cu o formidabilă rezistență caracterologică ce duce la „blocarea" pacientului într-o relație de Sine–obiect nerezolvată. Așa cum am descris în Capitolul 6, o schimbare într-un asemenea tratament poate apărea atunci când personalul îngrijitor infirmă așteptarea pacientului că va reacționa precum reprezentarea obiectului proiectat; în loc de toate acestea, personalul i-a furnizat un nou model de înțelegere, dar și o nouă serie de obiecte și interacțiuni de internalizat.

Alt aspect al schimbării abordării dlui K a fost dat de faptul că membrii personalului și-au dat seama că acesta nu era numai victima bolii, dar și un victimizator al celor din jurul lui. Discutând despre beneficiul secundar asociat frecvent cu depresia, Bibring (1953) remarca faptul că unii pacienți depresivi își exploatează boala pentru a-și justifica expresiile mascate ale impulsurilor lor distructive și sadice îndreptate împotriva celor din jur. Dl K își forța soția să intre într-un rol matern față de el doar pentru a-i dovedi că tratamentul ei matern nu are nici o valoare. Comentând sadismul ascuns prezent adesea la pacientul depresiv, Jacobson (1971b) sublinia: „Depresivul reușește întotdeauna să-și determine partenerul, adesea întregul anturaj, mai ales copiii, să se simtă teribil de vinovați, aducându-i și pe ei în aceeași stare de depresie profundă" (p. 295). Într-adevăr, toți membrii personalului au început să se simtă la fel ca dl K. Au început să se simtă din ce în ce mai vinovați pentru că nu găseau nici o modalitate terapeutică potrivită pacientului și au devenit din ce în ce mai deprimați și descurajați pe

măsură ce înregistrau un nou eșec. Jacobson a mai afirmat că unii pacienți depresivi (precum dl K) pot crea un cerc vicios care îi îndepărtează pe partenerii lor de viață tocmai atunci când este nevoie cel mai acut de dragostea lor. Soții sau soțiile unor asemenea pacienți sunt aduși la disperare și încep să se comporte crud sau neglijent ca urmare a sentimentelor lor de inadecvare, rănind pacienții în momentele în care aceștia sunt neajutorați și vulnerabili. Clinicienii pot urma un model asemănător, devenind sarcastici sau reci datorită faptului că pacienții le resping în mod repetat ajutorul.

Vinieta clinică a cazului dlui K subliniază și importanța implicării familiei în tratamentul unui pacient sever deprimat. Literatura care abordează problema familiilor pacienților depresivi indică faptul că rata recidivelor, evoluția depresiei și comportamentul suicidar sunt toate afectate de funcționarea familiei (Keitner și Miller, 1990). Într-un studiu (Hooley și Teasdale, 1989), cel mai bun factor predictiv al recidivei a fost senzația pacientului că partenerul de viață este foarte critic față de el. Făcând o paralelă cu cercetările efectuate asupra familiilor pacienților schizofreni, studiul a mai arătat că emoția foarte puternic exprimată în familia pacientului depresiv poate avea o contribuție la apariția recidivei (Hooley et al., 1986; Vaughn și Left, 1976). Pacienții depresivi determină apariția sentimentelor de ostilitate și sadism printre membrii familiei, iar clinicienii trebuie să-i ajute pe aceștia să treacă peste sentimentele de vinovăție apărute din cauza acestor reacții pentru a le putea considera răspunsuri de înțeles în situația creată de un membru de familie depresiv.

8.4 Indicații și contraindicații

Pentru mulți pacienți depresivi sau distimici, combinația de psihoterapie și medicație pare să fie abordarea optimă. Nemeroff (1998b) observa că, în timp ce aproximativ 65% dintre pacienții depresivi răspund la un singur antidepresiv cu o scădere de 50% pe scala severității simptomatice, doar 30% se întorc complet la starea eutimică, conform scorurilor obținute pe scalele standard. Thase et al. (1997) au descoperit că este foarte eficientă combinația de psihoterapie și medicație în formele mai severe de depresie recurentă. Cu toate acestea, la studierea formelor mai ușoare de depresie, terapia combinată nu s-a dovedit a fi mai eficientă decât psihoterapia ca demers unic. Medicația este adesea ineficientă în depresiile minore și acești pacienți pot necesita psihoterapie pentru a ajunge să funcționeze normal.

O parte dintre pacienții depresivi nu vor fi complianți la medicația prescrisă din motive variate, inclusiv pentru că ei nu simt că merită să

fie mai bine sau pentru că simt că luând medicamente vor fi stigmatizați ca fiind bolnavi mintal. De Jonge et al. (2001) au conchis că tratamentul combinat oferă avantaje semnificative comparativ cu farmacoterapia singură la pacienții cu depresie majoră. Pacienții din grupul combinat au fost semnificativ mai complianți la medicație și la tratament în general și astfel a fost mai probabil ca ei să se vindece. Un avantaj major al tratamentului combinat este posibilitatea de a aborda mai eficient și în timp util, ca parte a procesului terapeutic, aspectele legate de noncomplianță.

Unii pacienți refuză cu încăpățânare să ia medicația, nu o pot lua din cauza unor boli preexistente sau nu pot tolera efectele secundare. Pot fi necesare abordări psihodinamice pentru a înțelege semnificația medicației sau motivele refuzului în astfel de cazuri. Experiența clinică a arătat că unii pacienți vor accepta medicația după o fază pregătitoare de psihoterapie psihodinamică.

Alți pacienți pot avea o boală care este parțial sau total refractară la orice tratament somatic. Psihoterapia psihodinamică pe termen lung poate fi indicată în cazurile de eșec terapeutic în loturile cu medicație multiplă și/sau terapii de scurtă durată. Clinicienii care evaluează aceste cazuri ar trebui să fie suspicioși în trei categorii de situații (Gabbard, 2000): 1) depresia majoră pe Axa I cu comorbiditate pe Axa II, 2) personalitatea depresivă și 3) depresia caracterologică în contextul tulburărilor de personalitate. În legătură cu prima categorie, mai multe studii (Duggan et al., 1991; Reich și Green, 1991; Shea et al., 1990) au sugerat că anumite tulburări de personalitate pot contribui la o tendință de a menține depresia o dată ce aceasta s-a produs și, de asemenea, factorii caracterologici pot să fie responsabili pentru complianța scăzută la medicație. Psihoterapia psihodinamică poate să fie necesară în combinație cu medicația pentru a trata eficient această populație.

În legătură cu a doua categorie, multe controverse s-au referit la existența sau nu a distincției tulburare de personalitate depresivă versus distimie. Datele arată că distincția dintre cele două este validă și folositoare clinic (Phillips et al., 1998) și că durata psihoterapiei este semnificativ mai lungă la subiecții care au tulburare de personalitate depresivă față de cei care nu au. Pacienții distimici pot necesita și ei tratament combinat pentru obținerea reacției optime. O tranșă de psihoterapie psihodinamică poate să fie de ajutor în astfel de cazuri pentru clarificarea diagnosticului, definirea comorbidităților și favorizarea remisiei.

Cea de-a treia categorie se referă în principal la pacienții cu tulburări severe de personalitate, mai ales borderline, care se plâng de „depresie" fără să îndeplinească însă criteriile DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) pentru o tulburare pe Axa I. Acești pacienți reprezintă o provocare terapeutică unică atât pentru psihoterapeut, cât și

pentru farmacoterapeut, și Ghidul de Practică al Asociației Psihiatrice Americane (American Psychiatric Association, 2001) recomandă tratamentul combinat.

8.5 Tratamentul pacientului suicidar

Puține evenimente din viața profesională a psihiatrului sunt mai tulburătoare decât suicidul pacientului. Într-un studiu (Chemtob et al., 1988), aproximativ jumătate din acei psihiatri care au pierdut un pacient prin suicid au trăit un nivel de stres comparabil cu acela al persoanelor care au suferit pierderea unui părinte. Alte cercetări (Hendin et al., 2004) sugerează că mai mulți factori specifici pot să contribuie la afectarea pe care psihoterapeutul o trăiește după suicidul unui pacient. Din 34 de terapeuți studiați după suicidul unui pacient, 38% au afirmat un stres sever. Patru elemente-cheie care participă la această stare sunt: omisiunea de a fi internat un pacient cu suicid iminent și care ulterior moare, faptul de a fi luat o decizie terapeutică pe care terapeutul o simte ca pe o contribuție la suicid, faptul de a fi primit reacții negative din partea spitalului și teama de consecințele legale declanșate de familia pacientului. Un suicid reamintește de limitele inerente ale activității noastre. Tendința naturală a clinicienilor, fie în practica de spital, fie în psihoterapie, este către terapii îndelungate în scopul prevenirii suicidului. A implementa măsuri rezonabile pentru a împiedica pacienții să-și ia viața este desigur o judecată bună din punct de vedere clinic, un comportament responsabil din punct de vedere etic și o atitudine medicală defensivă din punct de vedere medico-legal. Totuși, dacă rolul de salvator consumă prea mult, rezultatele pot să fie contraterapeutice.

În primul rând, clinicienii trebuie să aibă în vedere un lucru incontestabil: pacienții care intenționează cu adevărat să se omoare o vor face până la urmă. Nici un fel de restricții fizice, observație atentă sau modalități clinice nu pot să-l oprească pe pacientul suicidar cu adevărat motivat. Un astfel de pacient a fost plasat odată într-o cameră de izolare în care se aflau doar saltele. Toate hainele și obiectele personale au fost îndepărtate, iar pacientul a fost verificat la intervale regulate de 15 minute. Într-unul din aceste intervale de 15 minute între vizitele personalului, pacientul a început să sară pe saltele atât de puternic, încât s-a lovit cu capul de tavan în mod repetat până când în final și-a rupt gâtul. Asemenea incidente ilustrează faptul că personalul spitalului trebuie să fie conștient că nu poate împiedica orice suicid al pacienților internați. Olin (1976) chiar a sugerat că dacă într-un spital anume nu s-a petrecut niciodată un suicid, acest lucru înseamnă că membrii echipei

își asumă prea multă responsabilitate pentru comportamentul pacienților. În loc de aceasta, ar trebui ca, în mod repetat, clinicienii să sublinieze că, în ultimă instanță, este responsabilitatea fiecărui pacient să învețe să verbalizeze impulsurile suicidare, în loc să le pună în act.

După un suicid finalizat, adesea clinicienii se simt vinovați pentru că nu au identificat semnalele de alarmă care le-ar fi permis să prevadă o tentativă iminentă de suicid. În ciuda acumulării unui volum vast de literatură pe tema factorilor de risc pe termen scurt sau lung pentru suicid, capacitatea noastră de a anticipa suicidul unei persoane anume este încă foarte limitată. Goldstein et al. (1991) au studiat un grup de 1 906 pacienți spitalizați pentru tulburări afective. Folosind datele pentru factorii de risc, cercetătorii au aplicat treptat regresia logistică multiplă pentru a crea un model statistic care să anticipeze cu succes suicidul. Acest model a eșuat în identificarea unui singur pacient care a comis suicidul. Investigatorii au conchis că nu este posibilă anticiparea suicidului pe baza înțelegerii noastre obișnuite a fenomenului, chiar în cadrul unui grup de pacienți internați cu risc înalt. Modalitatea principală de evaluare a riscului de suicid iminent într-un cadru clinic este comunicarea verbală a intenției de către pacient sau o acțiune care denotă o intenție suicidară clară. Clinicienii nu pot citi gândurile și nu trebuie să se acuze pentru eșecurile lor dacă nu au fost prezente indicații suicidare clare, verbale sau nonverbale. Un studiu (Isometsä et al., 1995) a găsit că din 571 de cazuri de suicid, doar 36% din cei aflați în îngrijire psihiatrică și-au comunicat intențiile suicidare.

Tratamentul depresiei cu risc de suicid include în mod obișnuit farmacoterapia sau TEC. Mai mulți factori de risc trebuie să fie evaluați, incluzând: sentimente de lipsă a speranței, anxietate severă sau atacuri de panică, abuz de substanțe, evenimente adverse recente, probleme financiare sau faptul de a nu avea serviciu, faptul de a trăi singur, faptul de a fi văduv sau divorțat, sexul masculin și vârsta de 60 de ani sau mai mult (Clark și Fawcett, 1992; Hirschfeld și Russell, 1997). Dacă pacientul are un plan definit și pare să intenționeze să acționeze imediat, este necesară spitalizarea psihiatrică de urgență. Dacă riscul de suicid este substanțial, dar nu iminent, ar trebui să fie implicat un membru al familiei sau o altă persoană apropiată. Trebuie să fie evaluată disponibilitatea armelor de foc în casă sau în altă parte. Trecerile în revistă ale datelor din literatură (Cummings și Koepsell, 1998; Miller și Hemenway, 1999) aduc dovezi evidente că disponibilitatea unui pistol crește într-un grad substanțial riscul de suicid. Comunicarea regulată este esențială în astfel de circumstanțe și abuzul de substanțe trebuie de asemenea investigat. În cazurile de anxietate intensă sau panică, folosirea benzodiazepinelor trebuie luată în considerare (Hirschfeld și Russell 1997). Psihoterapia poate, de asemenea, să fie de o extraordinară importanță în înțelegerea motivelor pentru

care pacientul vrea să moară și a ceea ce el sau ea așteaptă să se întâmple după moartea sa.

Clinicienii de orientare psihodinamică sunt în general de acord că terapeuții care cad pradă iluziei că pot să-și salveze pacienții de la suicid își scad de fapt șansele să reușească acest lucru (Hendin, 1982; Meissner, 1986; Richman și Eyman, 1990; Searles, 1967/1979; Zee, 1972). O problemă psihologică izbitoare la pacientul sever suicidar este dorința de a fi îngrijit necondiționat de o mamă iubitoare (Richman și Eyman, 1990; Smith și Eyman, 1988). Unii terapeuți greșesc încercând să gratifice această fantasmă prin îndeplinirea tuturor nevoilor pacientului. Ei pot să accepte telefoane de la pacient la orice oră din zi sau din noapte, precum și în vacanțe. Pot să-l primească pe pacient în cabinetul lor 7 zile din săptămână. Unii s-au implicat chiar și sexual cu pacienții într-un efort disperat de a le gratifica cererile nesfârșite asociate cu depresia (Twemlow și Gabbard, 1989). Acest tip de comportament exacerbează ceea ce Hendin (1982) a descris ca fiind una dintre cele mai letale trăsături ale pacienților suicidari — și anume tendința lor de atribui altora responsabilitatea pentru menținerea lor în viață. Prin încercarea de a gratifica aceste cereri care sunt mereu în ascensiune, terapeutul este în coluziune cu fantasma pacientului că într-adevăr există pe undeva o mamă care poate iubi necondiționat și care este diferită de restul lumii. Terapeutul nu poate susține această iluzie indefinit; cei care încearcă să o facă pun pacientul în situația unei crâncene dezamăgiri, care poate crește riscul de suicid.

Clinicienii care se lasă atrași în rolul de salvatori cu pacienții suicidari pun în joc, la nivel conștient sau inconștient, presupunerea că ei ar putea să ofere dragostea și grija pe care alții nu le-au oferit, transformând astfel într-un mod magic voința pacientului de a muri într-o dorință de a trăi. Această fantasmă este o capcană totuși pentru că, așa după cum nota Hendin (1982), „planurile ascunse ale pacientului reprezintă o tentativă de a dovedi că nimic din ceea ce poate face terapeutul nu va fi suficient. Dorința terapeutului de a se vedea pe sine ca salvator al pacientului suicidar îl poate face orb pe terapeut la faptul că pacientul l-a plasat în rolul de călău" (pp. 171–172). Terapeuții le sunt mai utili pacienților suicidari atunci când încearcă cu sârg să înțeleagă și să analizeze originea dorințelor suicidare, în loc de a se plasa pe ei înșiși în poziția de sclav al pacientului.

Terapeuții ar trebui să fie preocupați de identificarea transferurilor idealizante, care adesea se formează rapid atunci când pacienții sunt în căutarea unui salvator. A prevedea și a interpreta devreme în cursul procesului terapeutic dezamăgirile transferențiale poate să fie un lucru util. Unii terapeuți sunt în mod deschis conștienți că nu pot opri pacientul de la comiterea suicidului și oferă în loc oportunitatea înțelegerii motivelor pentru care pacientul crede că suicidul reprezintă

unica opțiune (Henseler, 1991). Adesea această acceptare are un efect liniștitor și poate genera o mai mare capacitate de colaborare în sarcina psihoterapeutică.

Este folositor să facem o distincție între *tratamentul* și *managementul* pacientului suicidar. Cel din urmă include măsuri așa cum sunt observația continuă, restricțiile fizice și îndepărtarea obiectelor ascuțite din mediul înconjurător. Deși aceste intervenții sunt folositoare în împiedicarea pacientului de a da curs impulsurilor suicidare, tehnicile de management nu scad în mod necesar vulnerabilitatea viitoare a pacientului de a repeta comportamentul suicidar. *Tratamentul* pacienților suicidari — constând în medicație și o abordare psihoterapeutică prin care să se ajungă la înțelegerea factorilor interni și a stresorilor externi care îl fac pe pacient suicidar — este menit să modifice dorința fundamentală de a muri.

Contratransferul provocat de pacienții suicidari reprezintă un formidabil obstacol la tratament. Unii clinicieni evită pur și simplu orice responsabilitate pentru pacienții sever deprimați cu risc de a se sinucide. Aceia care încearcă să trateze astfel de pacienți cred adesea că *rațiunea lor de a fi* este negată de dorința pacientului de a muri. Suicidul pacientului este, de asemenea, rana narcisică extremă pentru cel care îl tratează. Anxietatea clinicianului în legătură cu suicidul pacientului poate să provină mai mult din frica de a fi blamat de ceilalți pentru deces, decât din preocuparea pentru binele acelui pacient anume (Hendin, 1982; Hendin et al., 2004). Este ceva obișnuit pentru terapeuți să aibă un standard pentru ceilalți și un altul pentru ei înșiși. Terapeutul care îi asigură pe ceilalți clinicieni că el sau ea nu este responsabil(ă) pentru sinuciderea unui pacient ar putea să se simtă exagerat de responsabil pentru menținerea în viață a propriilor lui pacienți, adesea cu presupunerea că alți terapeuți vor fi critici dacă un pacient va muri.

Terapeuții care tratează pacienți sever suicidari ar putea eventual să înceapă să se simtă chinuiți de negarea repetată a eforturilor lor. Ura contratransferențială se dezvoltă cu mare probabilitate în astfel de situații și terapeuții pot adesea să dezvolte o dorință inconștientă ca pacientul să moară, și astfel chinul să ia sfârșit. Maltsberger și Buie (1974) observau că sentimentele de răutate și aversiune sunt printre cele mai comune reacții contratransferențiale legate de tratamentul pacienților sever suicidari. Această incapacitate de a tolera propriile lor dorințe sadice față de astfel de pacienți pot să-i facă pe terapeuți să pună în act sentimentele contratransferențiale. Autorii avertizează că deși răutatea poate fi mai inacceptabilă și mai neconfortabilă, aversiunea este potențial mai letală, deoarece îi poate face pe clinicieni să-și neglijeze pacienții și să ofere o oportunitate pentru tentativa de suicid. Într-o secție de spital, această formă de contratransfer se poate manifesta prin simpla

„uitare" de a verifica pacientul așa cum este indicat de fișa de observație a pacientului suicidar.

Ura contratransferențială trebuie să fie acceptată ca parte a experienței tratamentului pacienților suicidari. Ea apare adesea ca reacție directă la agresiunea pacientului. Amenințările cu suicidul pot să stea deasupra capului terapeutului ca și mitica sabie a lui Damocles, terorizându-l și controlându-l pe terapeut zi și noapte. În mod similar, membrii familiei pacientului pot să fie chinuiți de grija că, dacă fac o mișcare greșită sau un comentariu neempatic, vor fi responsabili de un suicid. Dacă ura contratransferențială este clivată și negată de către terapeut, atunci aceasta poate fi proiectată pe pacient, care va trebui apoi să se descurce și cu dorințele criminale ale terapeutului pe lângă impulsurile sale suicidare preexistente. Clinicienii mai trebuie să se confrunte și cu sentimentele lor de agresiune prin formațiunea reacțională, care pot conduce la fantasme salvatoare și eforturi exagerate de a preveni suicidul. Searles (1967/1979) îi avertiza pe terapeuți de pericolele acestui stil defensiv:

> Și pacientul suicidar, care ne găsește atât de inapți să fim conștienți de sentimentele criminale pe care el le întreține în noi prin amenințările de suicid producătoare de vinovăție și anxietate, se simte din ce în ce mai constrâns, poate într-adevăr până la punctul suicidului, de către terapeutul care, prin formațiunea reacțională împotriva dorințelor sale intensificate și inconștiente de a-l omorî pe pacient, îi dă târcoale tot mai „protector" acestuia din urmă, simțind pentru el o preocupare medicală bazată pe omnipotență. Prin urmare, în mod paradoxal, chiar medicul preocupat la modul cel mai anxios *de menținerea pacientului în viață* este acela care tinde cel mai viguros la un nivel inconștient să-l conducă spre ceea ce a ajuns să pară a fi singurul act de autonomie care i-a mai rămas — și anume suicidul (p. 74).

Psihoterapeuții care tratează pacienți suicidari trebuie să-i ajute să cadă la înțelegere cu ideologia lor dominantă (Arieti, 1977) și cu fantasmele lor rigide de viață (Richman și Eyman, 1990; Smith și Eyman, 1988). Atunci când există o discrepanță între realitate și viziunea îngustată a pacientului despre cum ar trebui să fie viața, terapeutul îl poate ajuta pe pacient să facă doliul pierderii fantasmelor sale despre viață. Această tehnică poate, în mod paradoxal, să necesite ca terapeutul să confirme lipsa de speranță a pacientului, astfel ca visele pierdute să fie supuse procesului de doliu și să poată fi înlocuite de unele noi mai realiste. De exemplu, un bărbat de 23 de ani a devenit suicidar când a realizat că nu va fi niciodată acceptat la Harvard, acesta fiind un vis din copilăria timpurie. Terapeutul i-a confirmat că admiterea sa la Harvard era foarte improbabilă și apoi l-a ajutat pe pacient să accepte pierderea acestui vis. În același timp, l-a ajutat pe pacient să ia în considerație căi

alternative de educație care ar putea să construiască autostima pacientului. Astfel, terapeutul l-a ajutat pe pacient să vadă cât de multă suferință este provocată de niște expectații nerealist de înalte (Richman și Eyman, 1990).

Pentru a trata efectiv pacienți suicidari, clinicienii trebuie să distingă responsabilitatea pacientului de responsabilitatea terapeutului. Doctorii în general și psihiatrii în special sunt predispuși caracterologic spre un simț exagerat de responsabilitate (Gabbard, 1985). Noi avem tendința să ne blamăm pe noi înșine pentru evoluții nefaste care sunt deasupra posibilităților noastre de control. În cele din urmă, trebuie să ne reconciliem cu faptul că există boli psihiatrice terminale. Pacienții trebuie să suporte responsabilitatea pentru decizia dacă vor comite suicidul sau dacă vor lucra în colaborare cu terapeutul pentru a-și înțelege dorința de a muri. Din fericire, marea majoritate a pacienților contemplă sinuciderea cu o oarecare ambivalență. Acea parte a individului suicidar care pune sub semnul întrebării soluția suicidară ar putea să-i conducă pe acești pacienți la alegerea vieții în locul morții.

9. Tulburările de anxietate

De regulă, ceea ce e nevăzut tulbură mintea omenească mai grav decât ceea ce se vede.

Iuliu Cezar

Anxietatea (angoasa) este un afect care a jucat un rol esențial în nașterea psihanalizei și a psihiatriei psihodinamice. Freud (1895/1962) a inventat termenul de *nevroză anxioasă* și a identificat două tipuri de anxietate. Una dintre ele consta în senzația difuză de frică sau de amenințare, care își avea originea într-un gând sau o dorință refulate și care era vindecabilă prin intervenția psihoterapeutică. Cea de-a doua formă de anxietate era caracterizată de o covârșitoare panică însoțită de manifestări somatice, cum ar fi transpirațiile profuze, creșterea ritmurilor respirator și cardiac, diareea, dar și de o senzație subiectivă de groază. Această ultimă formă, în viziunea lui Freud, nu avea la origine factori psihologici. Ea a fost conceptualizată mai degrabă ca rezultat al unei acumulări fiziologice libidinale în urma lipsei de activitate sexuală. El a numit această formă *nevroză actuală*.

Pe la 1926, Freud a cizelat și mai mult definirea anxietății prin intermediul recentei sale creații, modelul structural (Freud, 1926/1959). Anxietatea era văzută acum ca rezultat al conflictului psihic dintre dorințele sexuale sau agresive inconștiente născute în Se și amenințările punitive corespunzătoare venite din Supraeu. Anxietatea era înțeleasă ca un *semnal* al prezenței pericolului în inconștient. Ca răspuns la acest semnal, Eul mobiliza mecanisme de apărare pentru a preveni pătrunderea în sfera conștientă a unor gânduri și sentimente inacceptabile. Dacă anxietatea de semnal nu reușea să activeze în mod adecvat resursele defensive ale Eului, atunci apăreau simptome nevrotice mai intense și mai persistente, anxioase sau de alt tip. În acest sens, anxietatea a fost conceptualizată de către Freud, atât ca manifestare simptomatică a conflictului nevrotic, cât și ca semnal adaptativ destinat îndepărtării conflictului nevrotic de sfera conștientă.

În cadrul modelului freudian, anxietatea este un afect al Eului. Eul controlează accesul la conștiință și, prin refulare, se distanțează de orice asociere cu impulsurile instinctuale venite din Se. El cenzurează atât impulsul în sine, cât și reprezentarea intrapsihică ce îi corespunde. O dorință sau un impuls instinctual refulat își poate găsi totuși exprimarea sub forma simptomului, deși este foarte probabil să fie deplasat și deghizat în momentul atingerii expresiei simptomatice. În funcție de operațiunile defensive și de manifestările simptomatice, nevroza rezultantă poate lua forma unui gând obsesional, a paraliziei isterice sau a evitării fobice.

Anxietatea se poate asocia unei frici conștiente și acceptabile care să mascheze o preocupare mai profundă și mai puțin acceptabilă. Unii pacienți pot prezenta anxietate, fără a avea cea mai mică idee de ce sunt anxioși. Sarcina clinicianului spcializat în psihodinamică este aceea de a înțelege originile inconștiente ale unei asemenea anxietăți. Freud a emis ipoteza conform căreia fiecare perioadă succesivă de dezvoltare din viața unui copil determină apariția unei frici caracteristice asociate cu faza în sine. Pornind de la descoperirile lui Freud și de la acelea ale psihanaliștilor care i-au continuat opera, se poate construi o ierarhie de dezvoltare a anxietății (tabelul 9–1) utilă clinicienilor specializați în psihodinamică pentru a determina sursele inconștiente ale anxietății simptomatice a pacientului.

La cel mai matur nivel, anxietatea cu origine în Supraeu poate fi înțeleasă sub forma unor sentimente de vinovăție sau a unor mustrări de conștiință legate de incapacitatea de a trăi la un anumit standard intern de comportament moral. În timpul fazei oedipiene, anxietatea se concentrează asupra potențialei răniri sau pierderi a organelor genitale cauzate de o figură parentală punitivă. Această frică poate fi exprimată metaforic ca pierdere a unei alte părți a corpului sau ca altă formă de rănire fizică. Dacă ne întoarcem în timp, în ierarhia de dezvoltare, către o anxietate ceva mai timpurie, găsim frica de pierdere a dragostei sau a aprobării cuiva foarte important (la origine, un părinte). O sursă de anxietate încă și mai primitivă în dezvoltare este posibilitatea pierderii nu numai a iubirii obiectului, dar și a obiectului în sine — este ceea ce numim de obicei *anxietate de separare.* Cele mai primitive forme de

Tabel 9–1. O ierarhie de dezvoltare a anxietății.

Anxietate de Supraeu
Anxietate de castrare
Frica pentru pierderea iubirii
Frica pentru pierderea obiectului (anxietate de separare)
Anxietate persecutorie
Anxietate de dezintegrare

anxietate sunt *anxietatea persecutorie* și *anxietatea de dezintegrare.* Prima derivă din poziția kleiniană schizo-paranoidă, în care anxietatea primară este dată de teama că obiecte persecutorii din afară vor invada și anihila pacientul din interior. Anxietatea de dezintegrare își poate avea originea fie în frica de a-și pierde percepția de Sine sau a limitelor proprii prin fuziunea cu un obiect, fie în teama că Sinele se va fragmenta și își va pierde integritatea în absența oglindirii sau idealizării răspunsurilor de la ceilalți în mediu.

Când anxietatea face parte din tabloul clinic, psihiatrul specializat în psihodinamică trebuie să obțină cooperarea pacientului pentru identificarea originilor de dezvoltare a anxietății. Această informație poate fi obținută printr-un interviu de o oră sau poate necesita o evaluare extensivă. Anxietatea, ca majoritatea simptomelor, este adesea multiplu determinată de probleme care provin din mai multe niveluri de dezvoltare (Gabbard și Nemiah, 1985).

Organizarea ierarhică a acestor tipuri de anxietate poate duce la presupunerea greșită că nivelurile mai primitive de anxietate sunt „depășite" pe măsură ce dezvoltarea înaintează. De fapt, nivelurile cele mai primitive de anxietate persistă la toată lumea și pot fi ușor declanșate de situații traumatizante sau stresante sau în grupuri mari. De exemplu, anxietățile persecutorii provocate de „outsideri" sau de persoane care sunt diferite au fost, din punct de vedere istoric, factori majori în războaie, în tensiunile politice și geografice și în prejudecățile rasiale. Această ierarhie de dezvoltare este doar un ghid util clinicienilor. Fiecare persoană are un melanj unic de anxietăți, iar unii pot avea anxietăți care nu se potrivesc perfect acestor categorii. Clinicianul trebuie să fie creativ în înțelegerea fricilor specifice fiecărui pacient și a originii acestor frici.

Dovezi empirice fac conexiunea între factorii biologici și genetici și generarea anxietății. Deși cercetările în neuroștiințe asupra tulburărilor de anxietate au făcut progrese impresionante, există totuși riscul unui fel de reducționism biologic în înțelegerea anxietății. Mecanismele neurofiziologice pot produce o formă de anxietate de semnal, ca și multe forme patologice de anxietate simptomatică cronică.

Unele cercetări genetice (Lesch et al., 1996) au demonstrat că indivizii care au o versiune ceva mai scurtă a genei implicate în transportul serotoninei pot prezenta o mai mare anxietate asociată cu temperamentul nevrotic decât aceia care au versiunea mai lungă a genei. Gena mai scurtă este mai puțin capabilă să transporte serotonina, comparativ cu gena mai lungă. Indivizii care au una sau două copii ale alelei mai scurte prezintă o activitate neuronală mai crescută în amigdală ca răspuns la stimulii care provoacă teama, decât indivizii care au versiunea mai lungă (Hariri et al., 2002). Aproape 70% din populație posedă versiunea mai scurtă și mai puțin puternică a genei, care este asociată

cu un nivel mai crescut al anxietății. O interpretare a acestei descoperiri este aceea că o asemenea distribuție genetică ar putea reflecta selecția naturală, în care indivizii care prezintă o anxietate mai mare ar putea fi mai bine înzestrați pentru a supraviețui pericolelor în mediul lor decât aceia care sunt mai puțin temători sau preocupați.

Considerând anxietatea doar o boală, în loc să o vedem și ca simptom supradeterminat al conflictului inconștient, putem scăpa din vedere aspectul ei adaptativ. Îngrijorarea pentru ce se va întâmpla în viitor poate duce la formarea unei gândiri puternic creatoare. Soluțiile la probleme sunt găsite datorită grijii. Dacă anxietatea este văzută exclusiv ca problemă ce trebuie rezolvată psihofarmacologic, psihicul uman poate suferi o pierdere substanțială.

În Proiectul de cercetare în psihoterapie al Fundației Menninger, 18 pacienți din 35 au dat dovadă de o mare anxietate la finalul psihanalizei sau psihoterapiei, chiar dacă 13 din acești 18 pacienți, la evaluări independente, fuseseră considerați ca prezentând ameliorări substanțiale (Appelbaum, 1977). Analizând aceste rezultate, cercetătorii (Appelbaum, 1977; Siegal și Rosen, 1962) au diferențiat anxietatea primară, care este dezorganizantă pentru pacient (analoagă tulburării de panică), de anxietatea de semnal, care poate fi adaptativă. De asemenea, ei au remarcat faptul că o creștere a toleranței la anxietate — definită drept capacitatea de a trăi anxietatea fără necesitatea de a o descărca — apare adesea ca urmare a psihoterapiei dinamice și reflectă expansiunea Eului. Mulți dintre pacienții cu evoluție bună au dovedit o capacitate remarcabilă de utilizare a activității ideatice în scopul legării anxietății. Cercetătorii au ajuns la concluzia că doar simpla prezență sau absență a anxietății după tratament este o bază insuficientă pentru a aprecia schimbarea. S-ar putea ca o mai mare stăpânire a anxietății de către Eu să-i permită unei persoane să înfrunte unele preocupări existențiale inerente într-un mod mult mai deschis. Anxietatea poate fi adaptativă sau maladaptativă, iar presupunerea că anxietatea de orice fel trebuie eradicată este desigur nejustificată de experiența clinică și de viață.

Conceptul psihanalitic de anxietate de semnal este susținut de cercetări recente din aria neuroștiinței, concentrate asupra unui subgrup de procese mintale inconștiente care au funcție-semnal de anticipare a pericolului (Wong, 1999). Au fost măsurate activitatea cerebrală (potențialul legat de producerea unor evenimente) și activitatea electrodermală a tuturor participanților la experiment, pe măsură ce aceștia vizionau imagini subliminale (inconștiente) ale unei fețe umane. A doua fază a experimentului a presupus condiționarea, în care niște prezentări supraliminale (conștiente) ale unei fețe umane antipatice erau legate de un șoc neplăcut aplicat unui deget. Deoarece fața era percepută conștient, subiecții au învățat că, la câteva secunde după vederea feței antipatice, vor simți un șoc ușor. În ultima fază au fost prezentate imagini subli-

minale (inconștiente) ale stimulului condiționat anterior — figura antipatică — fără a fi asociate cu un șoc. În această fază finală au apărut unde lente cerebrale distincte chiar înainte de momentul în care, în a doua fază, era aplicat șocul. În cazul figurii simpatice nu s-a înregistrat nici un fel de reacție. Cercetătorii au remarcat că această activitate cerebrală cu unde lente era o undă de așteptare sau un proces de anticipare provocat inconștient. Cu alte cuvinte, chiar dacă participanții nu au perceput conștient figura antipatică, la nivel inconștient stimulul a fost recepționat, iar creierul a reacționat prin expectația unui șoc. Această reactivitate fiziologică a fost înțeleasă ca indiciu al existenței proceselor mintale de tipul expectației. Demonstrarea faptului că o stare mintală anticipatorie poate fi provocată inconștient la oameni este o dovadă solidă în favoarea conceptului de semnal. Cercetările arată și că anxietatea de un anumit tip poate fi inițial inconștientă, răspunzând anticipării unei situații de temut, și că poate intra apoi doar gradual în sfera conștientă. Anxietatea servește în acest fel o funcție adaptativă care avertizează individul asupra unei situații periculoase, ce poate fi controlată apoi într-un mod care poate să evite pericolul.

Înainte de a începe prezentarea tulburărilor de anxietate conform DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), trebuie menționată o ultimă problemă. Printre clinicieni și cercetători a apărut îngrijorarea că taxonomia legată de tulburările de anxietate din DSM-IV-TR este mai degrabă iluzorie decât reală (Tyrer et al., 2003). Studii de comorbiditate asupra tulburărilor de anxietate au demonstrat că pacienții suferă de obicei de două sau mai multe tipuri de tulburări de anxietate și mai rar de o formă pură a vreuneia dintre entitățile specifice diagnostice. De aceea, un clinician care dezvoltă un plan cuprinzător de tratament trebuie să aibă mereu în vedere că ținta tratamentului pot fi mai multe tipuri de tulburări anxioase. Mai mult, Tyrer et al. (2003) au arătat că nucleul unui tablou clinic nevrotic este un amestec de trăsături anxioase și depresive combinate cu o patologie consistentă de personalitate. Acest tablou nevrotic general poate fi mai relevant din punct de vedere clinic decât împărțirea tulburărilor de anxietate în entități mai mici care nu reușesc să aibă strategii de tratament foarte diferite.

9.1 Tulburarea de panică

Deși atacurile de panică nu durează decât câteva minute, ele îi produc multă suferință pacientului. În afară de trăirea unor simptome fiziologice alarmante, de exemplu senzație de sufocare, amețeală, transpirații, tremur și tahicardie, pacienții care suferă de tulburare de

panică se simt adesea condamnați în mod amenințător. Cei mai mulți suferinzi prezintă și agorafobie (i.e., frica de a se afla într-un loc sau o situație din care se poate ieși cu mare dificultate). Deoarece atacurile de panică sunt recurente, pacienții dezvoltă adesea o formă secundară de anxietate anticipatorie, făcându-și griji în permanență despre locul și momentul apariției următorului atac. Pacienții care prezintă tulburare de panică și agorafobie călătoresc mai puțin pentru a putea controla situațiile temute, în care ar avea un atac de panică fără a putea părăsi ușor locul respectiv.

Tulburarea de panică poate părea fără conținut din punct de vedere psihologic. Atacurile pot veni „din senin", fără precipitanți intrapsihici sau de mediu. Drept urmare, rolul psihiatrului specializat în psihodinamică este considerat adesea — și din păcate — irelevant în tratarea acestor pacienți. Un număr semnificativ de pacienți cu tulburare de panică prezintă asemenea atacuri din cauza unor factori psihodinamici și de aceea pot să răspundă bine la intervențiile psihologice (Milrod et al., 1997; Nemiah, 1984). Clinicienii specializați în psihodinamică trebuie să cerceteze atent circumstanțele producerii atacurilor și istoricul fiecărui pacient cu tulburare de panică pentru a putea determina relevanța factorilor psihologici.

Deși dovezile existenței unor factori neurofiziologici implicați în tulburarea de panică sunt impresionante, observațiile sunt mai convingătoare în ceea ce privește patogeneza, decât în ceea ce privește etiologia acesteia. Nici una dintre datele neurobiologice nu explică ce anume declanșează un atac de panică. În cadrul unui studiu-pilot care a cuprins interviuri psihodinamice aplicate unui număr de nouă pacienți cu tulburare de panică, un psihiatru cercetător obiectiv a putut identifica stresorii semnificativi care precedau declanșarea atacurilor de panică în fiecare caz (Busch et al., 1991). Acești stresori păreau să fie asociați cu o alterare a nivelului așteptărilor pacientului. Au fost frecvente schimbări ale așteptărilor legate de slujbă, ca și pierderile asociate cu figuri importante din viața pacienților. Multe dintre situațiile de pierdere reaminteau experiențe din copilărie, în care relația pacientului cu un părinte sau cu o altă persoană importantă era amenințată. Un alt numitor comun al pacienților investigați a fost perceperea părinților ca amenințători, temperamentali, critici, dornici să dețină controlul și exigenți. O analiză mai amănunțită a interviurilor a demonstrat că există un model de anxietate legat de socializarea cu ceilalți în timpul copilăriei, de relațiile parentale nesuportive și de impresia de a fi prinși într-o capcană. Cei mai mulți pacienți păreau să înfrunte cu dificultate furia și agresivitatea.

Multe dintre observațiile acestui studiu explorator au fost confirmate de cercetări empirice. Pacienții cu tulburare de panică au prezentat o incidență mai mare a evenimentelor de viață stresante, mai ales pierderi,

în lunile care au precedat debutul tulburării, comparativ cu persoanele din lotul de control (Faravelli și Pallanti, 1989; Venturello et al., 2002). În cadrul altui studiu controlat, efectuat asupra pacienților cu tulburare de panică (Roy-Byrne et al., 1986), grupul experimental nu numai că a avut parte de foarte multe evenimente stresante în anul dinaintea debutului afecțiunii, dar a și suferit mai mult din pricina acestor evenimente decât persoanele din grupul de control. Într-un studiu vast, care a cuprins 1 018 perechi de femei gemene (Kendler et al., 1992a), tulburarea de panică a fost puternic asociată atât cu separarea, cât și cu moartea părinților. Separarea timpurie de mamă a fost un factor extrem de important. Milrod et al. (2004) au remarcat că în unele cazuri tulburarea de panică poate fi o urmare a pierderii interpersonale și reprezintă o formă complicată de prejudiciere psihică. La evaluarea a 51 de pacienți, 47% dintre ei trăiseră debutul tulburării în intervalul de 6 săptămâni de la o pierdere interpersonală grea.

O teorie patogenică susținută într-o oarecare măsură empiric afirmă că pacienții care suferă de tulburare de panică au o vulnerabilitate neurofiziologică predispozantă ce poate interacționa cu stresorii specifici din mediu, producând astfel boala. Kagan et al. (1988) au identificat la mai mulți copii o caracteristică temperamentală înnăscută pe care ei au denumit-o „inhibiție comportamentală la nefamiliar". Acești copii se sperie destul de ușor de orice este neobișnuit în mediul ambiant. Pentru a face față acestei frici, apelează la părinți ca să-i protejeze. Totuși, pe măsură ce cresc și se maturizează, copiii învață că părinții nu pot fi mereu acolo pentru a-i proteja și a-i consola. De aceea, își pot externaliza propriile deficiențe proiectându-le în părinții lor, pe care îi vor considera mai apoi imprevizibili și neserioși. Îi va înfuria indisponibilitatea adulților, însă furia le va crea probleme, pentru că se vor teme că fantasmele lor agresive se vor dovedi distructive și își vor alunga astfel părinții, singurii de care depind pentru a fi ocrotiți (Busch et al., 1991; Milrod et al., 1997). Rezultă un cerc vicios, în care furia copilului amenință legătura cu părintele și crește astfel dependența temătoare și ostilă a copilului.

Înțelegerea patogenezei tulburării de panică din perspectiva teoriei atașamentului este, de asemenea, utilă în abordarea psihodinamică a tratamentului (Shear, 1996). Un mic studiu preliminar asupra atașamentului efectuat pe un eșantion de 18 femei cu tulburări de anxietate a arătat că toate prezentau tipuri problematice de atașament (Manassis et al., 1994). 14 dintre cele 18 paciente au fost diagnosticate cu tulburare de panică și s-a observat că, în general, au avut scoruri mai mari pentru tipul de atașament foarte strâns.

Pacienții cu tulburare de panică văd adesea separarea și atașamentul ca fiind excluse reciproc. Ei au mari dificultăți în modularea oscilației normale între separare și atașament din pricina sensibilității crescute

față de pierderea libertății, dar și a siguranței și protecției. Această problemă are ca rezultat operativ o gamă comportamentală foarte restrânsă, care încearcă în același timp să evite separarea care este prea înspăimântătoare și atașamentul care este prea intens. Zona restrânsă de confort se manifestă adesea printr-un mod hipercontrolat de interacțiune cu ceilalți, caracterizat de dificultăți de mentalizare.

Nivelul extrem al panicii observat la acești pacienți poate evidenția o carență a funcției de semnal a anxietății în activarea resurselor defensive ale Eului. În special amenințarea atașamentului pare să declanșeze o astfel de teamă copleșitoare. Milrod (1998) sugera că persoanele care suferă de tulburare de panică sunt înclinate să trăiască senzația de fragmentare și este posibil să aibă nevoie de un terapeut sau de o altă persoană apropiată care să-i ajute să le dea un sentiment puternic al identității. Prezența defectelor Eului care implică o confuzie între sine și ceilalți pare să fie implicată în apariția acestor dificultăți de utilizare a anxietății ca semnal.

Alt factor etiologic întâlnit la paciente, care are legătură cu dificultățile de atașament, este abuzul fizic și sexual în copilărie. Într-un studiu s-a găsit o rată a abuzului sexual în copilărie de 45,1% la femeile cu tulburări de anxietate, comparativ cu 15,4% în grupul de femei fără tulburări de anxietate (Stein et al., 1996). Examinând doar cazul tulburării de panică, s-a observat că 60% dintre femeile care sufereau de această boală aveau istoric de abuz sexual, comparativ cu 31% dintre femeile diagnosticate cu alte tulburări de anxietate. Deoarece traumele din copilărie interferează cu atașamentul copil–părinți, abuzul sexual poate fi făcut responsabil pentru o seamă de dificultăți nutrite de pacienți în a se simți în siguranță lângă obiectele semnificative ale vieții lor. Internalizarea și reprezentările abuzive ale părinților afectează și ele dezvoltarea încrederii în viața adultă.

DeMasi (2004) arată că frica traumatică stocată în memoria implicită poate fi declanșată de un stimul condiționat, asociat cu o situație anterioară periculoasă. Acest model integrează descoperiri ale neuroștiinței și concepte psihodinamice și este inspirat de scrierea lui LeDoux (1996), care a notat că memoria inconștientă a fricii, localizată în amigdală, pare să lase urme de neșters în creier. Amigdala este prima arie cerebrală activată la semnalul fricii. Această activare poate fi în întregime inconștientă, iar reacția de tip luptă/fugă poate apărea înainte ca talamusul să aibă timpul necesar transmiterii informației cortexului, așa încât gândirea rațională elaborată în cortexul prefrontal să fie aplicată situației. De exemplu, percepția subliminală a unui șarpe poate activa amigdala, însă cortexul va procesa apoi informația mai detaliat și își va da seama că un șarpe mic, inofensiv, nu reprezintă un pericol. DeMasi arată că anxietatea copleșitoare a tulburării de panică este ferm localizată în interiorul circuitului amigdală

primitivă/sistem limbic și nu poate fi procesată adecvat de zonele raționale ale cortexului. De aici derivă pericolele imaginare, care își au originea de multe ori în traume anterioare, și care nu pot fi deosebite de amenințările reale.

Studii de caz ale unor pacienți cu tulburare de panică tratați cu succes fie prin psihanaliză, fie prin psihoterapie psihodinamică (Abend, 1989; Milrod și Shear, 1991; Milrod et al., 1997; Sifneos, 1972) ne dau motive să credem că intervențiile psihodinamice au un rol important în tratamentul acestei afecțiuni. Rezultatele încurajatoare ale unui experiment deschis de psihoterapie psihodinamică centrată pe tulburarea de panică (Milrod et al., 2001) au condus la demararea unui studiu controlat randomizat al modalității de tratament care este la ora actuală în curs de desfășurare.

Pe parcursul terapiei psihodinamice, dificultățile de relaționare ale pacientului se concentrează adesea în transferul către terapeut. Cele mai importante conflicte sunt acelea care implică furia, independența și separarea. De obicei, terapeutul are datoria să exploreze frica pacientului de a deveni exagerat de dependent de el pe măsură ce tratamentul avansează. De asemenea, poate apărea o anxietate exagerată față de pierderea terapeutului, fie temporar, în cursul vacanței, fie permanent, prin terminarea curei.

În multe cazuri, fantasme de mânie incontrolabilă sau chiar de furie ucigașă pot constitui nucleul terapiei. Este posibil ca mânia parentală să fi fost atât de intensă, încât orice izbucnire să fie văzută ca potențial distructivă. Examinarea mecanismelor de apărare specifice menite să evite pericolul este, de cele mai multe ori, extrem de utilă. Pacienții cu tulburare de panică folosesc de obicei orice combinație a următoarelor apărări: formațiune reacțională, anulare retroactivă, somatizare și externalizare (Busch et al., 1995). Atât anularea retroactivă, cât și formațiunea reacțională pot ajuta pacientul să-și nege afectele negative, cum este mânia. Ar putea fi nevoie ca psihoterapeuții să își ajute pacienții să își conștientizeze anxietatea față de exprimarea furiei și nevoia asociată de a se apăra de ea. În plus, psihoterapeutul specializat în psihodinamică trebuie să insiste ca pacientul să treacă peste detaliile a ceea ce a declanșat atacul de panică și să înceapă să facă legătura între anxietățile privitoare la catastrofe și evenimentele din viața lui. În acest fel, capacitatea de mentalizare a pacientului se va dezvolta până la a putea înțelege că un atac de panică este reprezentarea a ceva. Cu alte cuvinte, perceperea unei catastrofe reale este mai degrabă o reprezentare decât o realitate.

Celelalte apărări, somatizarea și externalizarea, acționează adesea sinergic pentru a preveni reflectarea internă. În somatizare, atenția pacientului este concentrată mai mult pe fenomenele fiziologice, și mai puțin pe cauzele sau semnificațiile psihologice ale acestora. În exter-

nalizare, problemele sunt atribuite altor persoane, care sunt percepute ca răuvoitoare față de pacient. Combinate, aceste apărări pot crea o formă specifică de relație de obiect în care ceilalți (de ex., familia, prietenii, medicii) sunt văzuți ca tămăduitori care trebuie să repare ceva din corpul pacientului. Acest tip de legătură cu obiectul poate avea adesea un rol important și în transfer.

Pacienții cu tulburare de panică au nevoie, de obicei, de o combinație de terapie medicamentoasă și de psihoterapie. Pacienții cu atacuri de panică și agorafobie, chiar controlați simptomatic prin medicamente, refuză adesea să se aventureze din nou în lume și pot avea nevoie de intervenții psihoterapeutice pentru a-și învinge această frică (Cooper, 1985; Zitrin et al., 1978). Există cel puțin un studiu care susține ca eficientă în reducerea recăderilor combinarea terapiei dinamice și a medicației la pacienții cu tulburare de panică. Pacienții din studiul lui Wiborg și Dahl (1996) au fost tratați timp de 9 luni fie doar cu clomipramină, fie cu clomipramină asociată cu 15 ședințe săptămânale de terapie dinamică scurtă. Deși toți pacienții din ambele grupuri nu mai prezentau atacuri de panică după 20 de săptămâni de tratament, cei din grupul care primise doar clomipramină au avut o rată mai mare a recăderilor după întreruperea tratamentului medicamentos. Cercetătorii arată că terapia dinamică de scurtă durată poate fi utilă în reducerea vulnerabilității psihosociale asociate cu tulburarea de panică.

Unii pacienți au o mare rezistență la tratamentul medicamentos, de multe ori pentru că se gândesc că îi stigmatizează ca bolnavi psihic, de aceea intervenția psihoterapeutică este necesară pentru a-i ajuta să înțeleagă și să-și depășească rezervele legate de farmacoterapie. Alții își administrează discontinuu tratamentul, nefiind capabili să suporte efectele secundare. În sfârșit, pacienții cu caracter mai dificil dau dovadă de o complianță mai scăzută. Prezența tulburărilor de personalitate mai ales a celor de Grupa B (i.e., antisocială, borderline, narcisică, histrionică) s-a arătat defavorabilă tratamentului pacienților cu tulburare de panică (Reich, 1988). Pentru realizarea unui plan de tratament cuprinzător și eficient, acești pacienți trebuie să urmeze cure psihoterapeutice pe lângă cele medicamentoase adecvate. În cazul tuturor pacienților cu tulburare de panică și agorafobie, o evaluare psihodinamică atentă va aprecia ponderea factorilor biologici și psihodinamici.

Dnul L, un funcționar în vârstă de 27 de ani, s-a prezentat la policlinică acuzând atacuri de panică ce apăreau ori de câte ori încerca să plece în afara orașului. Inițial, pacientul nu reușise să vadă vreo legătură între atacurile de panică și orice conținut psihologic, însă examinarea amănunțită realizată de psihiatru a descoperit existența unor factori favorizanți. Dnul L tocmai cumpărase o casă nouă, iar soția lui era însărcinată cu primul copil. În momentul în care psihiatrul a comentat responsa-

bilitățile mari aduse de aceste evenimente, pacientul a răspuns că se simte mai degrabă ca un copil de 7 ani decât ca un adult de 27. A continuat, spunând că nu crede că este pregătit să suporte responsabilitățile de tată și de soț care plătește ipoteca unei case. Medicul i-a cerut dlui L să descrie mai amănunțit circumstanțele atacurilor de panică. Acesta i-a spus că apar atunci când încearcă să plece din oraș. Întrebat care este scopul acestor drumuri, pacientul a răspuns că merge să vâneze împreună cu tatăl său. Psihiatrul a mai vrut să știe dacă în cursul acestor excursii s-a întâmplat ceva neplăcut. După un timp de gândire, dl L și-a amintit că și-a împușcat accidental tatăl în două rânduri, deși, din fericire, acesta a suferit de fiecare dată doar răni ușoare.

Psihiatrul a încercat apoi să formuleze o explicație a tulburării de panică a dlui L, care, după evaluarea lui, era legată de un conflict psihologic. Evenimentele recente trăite de acesta îl aduseseră într-o competiție și mai strânsă, în calitate de soț, tată și cap de familie, și activaseră dorințe agresive latente și vechi îndreptate împotriva tatălui, generate de rivalitatea oedipiană refulată și inconștientă. Impulsul de a-și distruge tatăl s-a concretizat prin cele două accidente de vânătoare. De aceea, oricând dl L intenționa să meargă la vânătoare cu tatăl său, iminența izbucnirii impulsurilor agresive crea anxietatea de semnal care se transforma în atacuri violente de panică, deoarece acest pacient avea substratul nervos necesar convertirii anxietății în panică. Rezultatul a fost evitarea situațiilor în care dorințele distructive și castrarea imaginară ar fi putut fi activate.

Pentru a înțelege factorii dinamici implicați în declanșarea panicii, pacientul a urmat o psihoterapie expresiv-suportivă. În cursul acesteia, dl L a început să vorbească din ce în ce mai des despre atașamentul lui față de mamă. Și-a amintit destul de repede că mama sa avea o teamă extremă de separare. În copilărie, de fiecare dată când dl L ieșea afară din casă, mama îi purta de grijă, fiindu-i frică de pericolele care l-ar fi putut pândi acolo. Prin intermediul psihoterapiei, pacientul a înțeles că împărtășea anxietățile de separare ale mamei. A remarcat faptul că, de câte ori soția lui era plecată la slujbă, el se temea ca nu cumva să moară și astfel să-l abandoneze. Anxietățile oedipiene ale pacientului erau în mod evident compuse din unele mai primitive, de pierdere a obiectului, obiect reprezentat la început de mamă, iar acum, de soție.

După aproximativ 2 ani de psihoterapie, dl L nu mai avea nici atacuri de panică, nici anxietate anticipatorie. Fusese promovat la serviciu și putea face față noii poziții pe care o avea fără anxietate. Noua slujbă presupunea deplasări în afara orașului aproape în fiecare zi lucrătoare, pe care pacientul le îndeplinea fără a mai trăi stări de panică.

Câțiva ani mai târziu, dl L s-a întors pentru un nou tratament, după ce două evenimente de viață îi reactivaseră structura nervoasă subiacentă care-i media atacurile de panică. O afacere pe care o pornise avusese un succes enorm, permițându-i un stil de viață mult mai îmbelșugat. În afară de aceasta, tatăl lui fusese diagnosticat cu o formă incurabilă de cancer. De această dată, a fost necesară o combinație de medicamente (alprazolam) și psihoterapie pentru a aduce atacurile de panică ale pacientului la dimensiuni controlabile.

9.2 Fobiile

Tulburările de anxietate alcătuiesc grupul cel mai frecvent întâlnit în peisajul tulburărilor mintale (Regier et al., 1988), cele mai comune tulburări de anxietate fiind fobiile. Ele se împart în trei categorii, conform DSM-IV-TR: 1) agorafobie fără istoric de tulburare de panică, 2) fobii specifice și 3) fobie socială. Termenul de *fobii simple* din DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) a fost înlocuit cu cel de *fobii specifice* în DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) din pricina relațiilor ambigue dintre simptomele fobice și atacurile de panică și datorită faptului că un subtip, care implică un stimul fobic (de ex., tipul situațional, tipul mediului natural), părea să crească specificitatea. De asemenea, o schemă implicând subtipuri a fost dezvoltată în DSM-IV pentru fobia socială, pentru că literatura din ce în ce mai abundentă care descria afecțiunea indica faptul că fobia socială poate fi generalizată sau limitată.

Înțelegerea psihodinamică a fobiilor ilustrează mecanismul nevrotic al formării simptomelor descrise la începutul acestui capitol. Când gândurile interzise cu conținut sexual sau agresiv, care pot fi aspru pedepsite, amenință să iasă din inconștient, anxietatea de semnal este activată, ceea ce duce la dezvoltarea a trei mecanisme de apărare: deplasare, proiecție și evitare (Nemiah, 1981). Aceste apărări elimină anxietatea prin refularea dorinței interzise, însă anxietatea este controlată cu prețul creării unei nevroze fobice. Un exemplu clinic va ilustra într-un mod mai elaborat formarea simpomelor fobice.

Dl M, un tânăr funcționar de 25 de ani, tocmai își terminase studiile de master în administrarea afacerilor și ocupase prima lui poziție într-o corporație. Dezvoltase o fobie socială care se manifesta printr-o teamă intensă de a întâlni persoane noi la muncă sau în situații sociale. De asemenea, trăia o mare anxietate în momentele în care era obligat să vorbească în fața unui grup la locul de muncă. Atunci când se afla în aceste situații, respira greu și începea să se bâlbâie, devenind ininteligibil.

Dlui M i-a fost recomandată o terapie psihodinamică de scurtă durată, din cauza considerabilelor tării ale Eului, a naturii focalizate a simptomelor sale și a puternicei sale înclinații spre autoreflecție. În cursul celei de-a treia ședințe, pacientul i-a explicat terapeutului că, în situațiile în care întâlnea persoane noi, cel mai rău se simțea atunci când trebuia să se prezinte. A avut loc următorul dialog:

TERAPEUTUL: Ce este atât de greu în a vă spune numele?

Dl M: N-am nici cea mai vagă idee.

TERAPEUTUL: Dacă vă gândiți puțin la numele dumneavoastră, ce vă vine în minte?

Dl M (*după o pauză*): Păi, este și numele tatălui meu.

TERAPEUTUL: Ce simțiți în legătură cu acest lucru?

Dl M: Ceva nu îmi convine, cred.

TERAPEUTUL: De ce?

Dl M: Ei bine, nu am o relație prea bună cu el. De când a părăsit-o pe mama, aveam 4 ani atunci, l-am văzut foarte puțin.

TERAPEUTUL: Ați locuit deci singur cu mama după ce a plecat?

Dl M: Exact. Mama nu s-a recăsătorit, așa că a trebuit să fiu bărbatul în casă de la o vârstă mică, iar eu mă simțeam incapabil să-mi asum asemenea responsabilități. De fapt, tot timpul m-am simțit așa. Când eram copil, toată lumea spunea că am un comportament de adult, ceea ce mă deranja, pentru că simțeam că mă prefac doar că sunt adult, rămânând un copil pe dinăuntru. Aveam impresia că îi păcăleam pe toți cei din jur și că, dacă ei ar fi aflat adevărul, s-ar fi supărat pe mine.

TERAPEUTUL: Mă întreb dacă nu cumva simțiți la fel acum, când vă prezentați.

Dl M: Cred că așa simt. A-mi spune numele este ca și cum aș încerca să fiu tatăl meu.

Interpretarea terapeutului l-a ajutat pe dl M să-și dea seama că anxietatea sa avea legătură cu vina și rușinea de a fi luat prematur locul tatălui. Pacientul își imagina că ceilalți ar putea să-și dea seama de înșelătorie și l-ar fi condamnat. După zece ședințe de terapie dinamică de scurtă durată, dl M și-a depășit fobia socială și a fost capabil să se simtă bine și la muncă, și în alte situații sociale.

În plină fază oedipiană a dezvoltării, dl M a fost părăsit de tată și lăsat singur cu mama. În această situație anxiogenă, el s-a temut să nu fie castrat sau pedepsit (de tată) pentru că a luat locul acestuia. În viața adultă, dl M a încercat să-și controleze anxietatea, deplasând situația anxiogenă originală spre una derivativă insignifiantă și aparent obișnuită, cu alte cuvinte, spre dificultatea de a-și spune numele în momentul prezentării. Simbolic, această simplă politețe socială avea valoarea înlocuirii tatălui. Următoarea manevră defensivă a pacientului a fost proiectarea situației temute în mediul înconjurător, așa încât pedeapsa sau condamnarea să vină mai degrabă din surse externe decât din surse interne (de ex., Supraeul). Al treilea și ultimul mecanism de apărare al pacientului a fost evitarea. Prin evitarea tuturor situațiilor în care trebuia să se prezinte sau să vorbească în fața altora, dl M putea să mențină controlul asupra anxietății cu prețul limitării vieții sociale și periclitării randamentului la locul de muncă.

Anxietatea pe care o încerca dl M când trebuia să vorbească în fața altora este destul de răspândită. Într-un studiu (Pollard și Henderson, 1988) s-a demonstrat că 20% dintre indivizii intervievați în orașul St. Louis prezentau fobie socială focalizată pe vorbitul sau expunerea în public. Atunci când autorii studiului au modificat graficul incluzând criteriile de „disconfort semnificativ" DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), rata prevalenței a scăzut la 2%. Procentele exacte ale incidenței fobiei sociale sunt totuși dificil de stabilit, deoarece diagnosticul este aplicat adesea unor modele generale interpersonale de timiditate și evitare a sexului opus din cauza fricii de respingere. Problemele

pot merge de la fobie socială până la un stil generalizat caracterologic de relaționare, numit tulburare de personalitate evitantă (v. Capitolul 19).

Fobiile se potrivesc bine unui model de diateză genetic-constituțională în interacțiune cu stresori din mediu. Kendler et al. (1992b) au studiat 2 163 de femei gemene, opinând că cel mai bun model descriptiv pentru fobie este o predispoziție moștenită, care necesită factori etiologici de mediu pentru a produce un sindrom fobic manifest. În populația studiată, unul dintre factorii de mediu stresori asociați cu un risc mare de dezvoltare a fobiei a fost moartea unuia dintre părinți înainte ca subiecții să împlinească vârsta de 17 ani (Kendler et al., 1992a). Comportamentul parental a fost și el asociat cu fobia socială la tineri. Lieb et al. (2000) au urmărit un eșantion de 1 047 de adolescenți și au identificat existența stilurilor parentale hiperprotectiv și rejectant, alături de psihopatologia părinților (mai ales depresia și fobia socială), ca factori extrem de importanți în apariția fobiei sociale la tinerii aflați în studiu.

Datele furnizate de studiile de tomografie prin emisie de pozitroni (PET) sugerează că pacienții cu fobie socială, ca și cei suferinzi de tulburare de panică, pot avea o componentă puternică a activității corticale la baza fricii. Tillfors et al. (2001) au comparat fluxul sangvin cerebral regional (FSCr) al subiecților cu fobie socială cu FSCr al unui grup ai cărui membri vorbeau în fața unei audiențe, dar care sufereau de fobie socială. Pacienții cu fobie socială au prezentat un profil FSCr asociat cu activitate subcorticală crescută în complexul amigdalian, în timp ce subiecții nonfobici au prezentat un model de perfuzie corticală relativ crescută.

Lucrarea lui Kagan et al. (1988) despre inhibițiile comportamentale pare să fie aplicabilă fobiei sociale în aceeași măsură ca și tulburării de panică. Deși Kagan și colegii lui au descoperit că la copiii mici cu acest tip de temperament există un prag congenital scăzut al irigării limbico-hipotalamice ca răspuns la schimbări neașteptate ale mediului ambiant, au admis totuși că un anumit tip de stres cronic de mediu trebuie să acționeze asupra dispoziției temperamentale de origine pentru a se obține un comportament rușinos, timid și liniștit la vârsta de doi ani. Ei au avansat ideea că stresorii precum umilința și criticile aduse de adulți, certurile părinților și moartea unui părinte sau separarea sunt probabil cei mai importanți factori de mediu predispozanți.

Rosenbaum et al. (1992) au continuat munca lui Kagan și a colaboratorilor săi (1988) prin evaluarea părinților copiilor cu inhibiții comportamentale admiși de Kagan într-un studiu de cohortă nonclinic. Părinții acestor copii prezentau riscuri majore de a dezvolta tulburări de anxietate, în special fobie socială. Părinții copiilor cu inhibiții comportamentale și anxietate au avut rate semnificativ mai mari pentru două sau mai multe tulburări de anxietate, comparativ cu două seturi

diferite de părinți din grupul de control. O posibilă interpretare a rezultatelor este că acei copii cu inhibiție comportamentală care dezvoltă mai târziu tulburări de anxietate sunt expuși unor părinți cu anxietăți mai mari care le pot induce convingerea că lumea este un loc periculos. Mai mult, emoțiile puternic exprimate și mai ales atitudinea maternă critică par să medieze relația dintre tulburarea de anxietate a mamei și inhibiția comportamentală a copilului, cu risc psihopatologic (Hirshfeld et al., 1997).

Fobia socială este o afecțiune cu o rată mare a comorbidității. Într-un studiu efectuat pe un număr de 13 000 de adulți (Schneier et al., 1992), afecțiunile cronice comorbide majore au fost identificate la 69% dintre pacienții cu fobie socială. Cercetătorii au tras concluzia că, în absența comorbidității, fobia socială este rareori tratată de specialiștii în sănătatea mintală. Se poate presupune că diateza genetic-constituțională descrisă de Kagan et al. (1988), Rosenbaum et al. (1992) predispune la mai multe tulburări de anxietate.

Activitatea clinică cu pacienții sociofobi arată că sunt prezente, în cazul acestora, anumite relații de obiect intern caracteristice. Mai precis, acești pacienți au internalizat reprezentări ale părinților, îngrijitorilor și ale altor adulți care i-au criticat, ridiculizat, umilit, abandonat și stânjenit (Gabbard, 1992). Aceste introiecții se realizează la o vârstă fragedă și se proiectează apoi în mod repetat asupra persoanelor din jur, care sunt de atunci încolo evitate. Deși aceste persoane pot avea o predispoziție genetică pentru a-i percepe pe cei din jur ca nocivi, experiențele pozitive pot atenua până la un punct efectele neplăcute. Se crede chiar că de la naștere ar fi prezent un șablon programat genetic. În măsura în care cei care îngrijesc copilul se comportă conform șablonului, acesta se va teme din ce în ce mai mult de oameni și va dezvolta fobie socială. În măsura în care cei care îngrijesc copilul sunt sensibili la fricile acestuia și le calmează, introiecțiile vor fi mai blânde, mai puțin amenințătoare și va fi mai puțin probabil să apară în viața adultă sindromul fobiei sociale.

Deși mulți pacienți cu fobie socială răspund bine la tratamentul cu inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) și/sau la terapia cognitic-comportamentală, terapia dinamică le poate fi la fel de utilă. Unii pacienți au o rezistență deosebită la tratament pentru că se tem de orice situație în care ar putea fi judecați sau criticați. Cadrul terapeutic fiind văzut în acest fel, o frică transferențială de a fi umilit sau judecat îi poate face pe pacienți să lipsească frecvent de la ședințe sau să întrerupă terapia. De fapt, din cauza ratei mari a comorbidităților, fobia socială poate fi descoperită uneori doar atunci când pacientul se adresează pentru o altă problemă. Jena și rușinea sunt stările afective cele mai importante, iar terapeutul care merge pe lungimea de undă a acestor afecte are o șansă mai mare de a forma chiar de la început o alianță

terapeutică cu pacientul. Explorarea fantasmelor pacienților despre cum terapeutul și alte persoane vor reacționa în fața lor îi va ajuta să înțeleagă că percepțiile lor despre ceea ce cred alții despre ei pot fi diferite de ceea ce cred ceilalți cu adevărat. Rezistența la tratament trebuie abordată cu fermitate, deoarece, în absența acestui tratament, pacienții evită adesea să meargă la școală sau la serviciu și mulți ajung să depindă de ajutoarele sociale sau de invaliditate (Schneier et al., 1992). Fobiile specifice răspund bine, în general, la expunerea *in vivo* și nu necesită tratament psihodinamic.

Ramificarea interpersonală a fobiilor poate beneficia și ea de o abordare psihodinamică. În virtutea faptului că sunt legați de locuința proprie, indivizii sever agorafobici depind adesea de îngrijirile unei persoane apropiate, soț/soție sau părinte. De exemplu, se întâmplă ca soțul unei femei agorafobice să se acomodeze, în timp, cu problema soției sale. Soțul s-ar putea simți chiar mai liniștit să își știe consoarta mereu acasă. Dacă se tratează agorafobia, echilibrul cuplului se poate destabiliza. Soțul s-ar putea teme că soția lui ar întâlni alți bărbați, dacă începe să iasă din casă. Tratamentul adecvat al fobiilor trebuie să cuprindă o evaluare atentă a modului în care acestea se integrează în trama relațională a pacientului. O înțelegere psihodinamică a contextului personal al fobiilor ar fi deci extrem de importantă pentru învingerea rezistențelor la tratamentele convenționale precum desensibilizarea comportamentală și medicația.

9.3 Tulburarea obsesiv-compulsivă

Obsesiile sunt definite ca gânduri egodistonice recurente, în timp ce *compulsiile* sunt acțiuni ritualizate care *trebuie* îndeplinite pentru a diminua anxietatea. Acuzele acestor pacienți se împart în cinci categorii principale: 1) ritualuri care implică o verificare, 2) ritualuri care implică o curățire, 3) gânduri obsesive neacompaniate de compulsii, 4) lentoare obsesională și 5) ritualuri mixte (Baer și Jenike, 1986). Pacienții care prezintă ritualuri de curățare sau gânduri obsesionale despre microbi și contaminare seamănă izbitor cu pacienții fobici. Cercetări recente sugerează că tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) este mult mai frecventă decât se credea înainte (Karno et al., 1988). Prevalența pe durata întregii vieți este între 1,2% și 2,4%, cifre care de multe ori se dovedesc mai mari decât cele estimate. TOC este complicată adesea prin depresii și prin deteriorarea severă a funcționării sociale și ocupaționale, de aceea membrii familiilor și colegii pacienților pot fi și ei semnificativ afectați de boală.

S-au descoperit factori genetici și neurologici implicați în apariția bolii. Printre aceștia se numără o rată mai mare a concordanței pentru TOC la gemenii monozigoți decât la cei dizigoți (Jenike, 2004) și o prevalență crescută la pacienții cu sindromul Tourette și la familiile lor, ca și un răspuns consistent al unor pacienți la psihochirurgie (Elkins et al., 1980; Lieberman, 1984; Turner et al., 1985). Un alt studiu a comparat 41 de pacienți cu TOC fără tratament medicamentos cu 29 de subiecți nepsihiatrici, grup de control, dându-li-se sarcini care implicau coordonarea fină a mișcărilor, mișcări involuntare și solicitau funcțiile senzorială și vizuospațială (Hollander et al., 1990). Grupul TOC a prezentat semnificativ mai multe semne de disfuncție a sistemului nervos central decât grupul de control, aducând astfel noi dovezi teoriei existenței unui deficit neurologic la unii pacienți obsesiv-compulsivi. Un studiu ulterior a demonstrat că deficitele neuropsihologice observate la pacienții cu TOC nu au fost identificate la pacienții cu tulburare de panică sau cu depresie unipolară (Purcell et al., 1998). În sfârșit, pacienții obsesiv-compulsivi studiați se pare că au mult mai puțină materie albă, dar volume totale corticale și operculare semnificativ mai mari decât subiecții sănătoși din grupul de control (Jenike et al., 1996).

Literatura centrată pe rezultatele tratamentului sugerează și ea existența unei componente biologice. Medicamentele precum clomipramina și fluvoxamina se pare că au fost eficiente în cazul unor pacienți obsesiv-compulsivi (Jenike et al., 1986; Perse, 1988, White și Cole, 1988). De asemenea, simptomele pacienților cu TOC sunt renumite pentru rezistența la psihanaliză și la psihoterapia centrată pe insight (Jenike et al., 1986; Nemiah, 1988; Perse, 1988; Zetzel, 1970). (Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă pare să răspundă bine la aceste tratamente, așa cum se va vedea în Capitolul 19.) Totuși reacția farmacologică nu oferă răspunsuri exhaustive la întrebările legate de etiologie sau de patogeneză (Zetin și Kramer, 1992). Schimbările în rețeaua de neurotransmițători asociate cu medicația pot aduce informații directe sau indirecte asupra cauzei primare a bolii. Mai mult, ca și tulburarea de panică, TOC poate fi precipitată de stresori din mediu. Într-un studiu (Buttolph și Holland, 1990), 69% dintre pacienții cu TOC au putut asocia debutul sau exacerbarea simptomatologiei cu sarcina, nașterea unui copil sau cu îngrijirea parentală a copiilor. În alt studiu efectuat asupra a 106 paciente femei cu TOC (Neziroglu et al., 1992), sarcina — mai mult decât oricare alt eveniment de viață — a fost asociată cu debutul bolii. 39% dintre pacientele din grupul de studiu care aveau copii au trăit debutul simptomatologiei în timpul sarcinii. În plus, patru femei din cinci incluse în studiu care aveau în antecedente un avort spontan sau provocat au relatat debutul sau accentuarea simptomatologiei obsesiv-compulsive în timpul sarcinii. Faptul că intensitatea simptomelor crește și scade în funcție de prezența sau absența stresului în viețile

pacienților este bine cunoscut. Poate apărea o îmbunătățire a stării psihice atunci când tensiunea scade, în timp ce creșterea stresului sau înrăutățirea situației precipitante originare va exacerba simptomele (Black, 1974).

Deși cei mai mulți clinicieni sunt de acord că farmacoterapia este o parte esențială a planului complet de tratament pentru pacienții cu TOC, medicamentele de tipul clomipraminei nu trebuie privite ca tratament unic. Grupul de Studiu în Colaborare al Clomipraminei (1991) a examinat 520 de pacienți cu TOC în 21 de centre și a observat că reducerea masivă a simptomatologiei după 10 săptămâni de tratament cu clomipramină a avut loc doar în 38–44% din cazuri. Studii placebo-controlate cu fluoxetină, fluvoxamină, sertralină și paroxetină, efectuate în mai multe centre, au demonstrat că toți acești ISRS sunt mai eficienți decât placebo (Greist și Jefferson, 1995). Și totuși în aceste studii nu s-a obținut decât o ameliorare incompletă, de aceea combinarea ISRS cu terapia cognitiv-comportamentală este considerată de elecție, în cele mai multe situații. Acum, cei mai mulți specialiști recomandă de asemenea utilizarea terapiei cognitive pentru pregătirea pacientului în vederea tratamentelor de expunere, prin provocarea gândurilor maladaptative (Clark, 2004; Jenike, 2004).

Strategiile psihodinamice pot fi extrem de utile în mai multe situații. Mulți pacienți obsesiv-compulsivi par să se agațe de simptomele lor, rezistând cu îndârjire la tratament. Simptomele însele pot ține la distanță dezintegrarea psihotică, în unele cazuri, jucând rolul unei funcții extrem de utile, în termeni de homeostază psihologică. Deoarece simptomele TOC pot acompania orice nivel de organizare subiacentă a Eului sau a personalității (Cornfield și Malen, 1978), o evaluare psihodinamică atentă trebuie să se concentreze și asupra funcției simptomelor în structura globală intrapsihică a pacientului. În ciuda naturii refractare a multor simptome obsesiv-compulsive, terapia psihodinamică poate îmbunătăți considerabil funcționarea interpersonală a pacienților cu TOC. Abordările psihodinamice pot ajuta, de asemenea, pacienții să își depășească rezistențele legate de tratamentul medicamentos, așa cum se arată în următorul caz:

> Dl N era un tânăr de 29 de ani, necăsătorit, care suferea de TOC. Când s-a prezentat pentru internare la clinica de psihiatrie, a relatat un istoric simptomatologic de 10 ani, ultimii 8 fiind petrecuți aproape numai în casă din cauza unor gânduri incapacitante, „grotești, oribile", neîncetate. Cu 8 ani înaintea internării, când dl N s-a închis în casă, mama lui s-a pensionat și l-a putut îngriji, satisfăcându-i și pretențiile legate de curățenie. Viața mamei gravita în jurul fiului.
>
> Dl N era obsedat de nevoia de a evita contaminarea. Se temea, de asemenea, să nu lase femeile însărcinate, pentru că îi era frică să nu aibă spermă pe mâini. Consecutiv, a căpătat compulsia spălării mâinilor. Insista ca mama lui să rămână în

preajma lui 24 de ore din 24. Deși aceasta nu dormea și nici nu făcea duș împreună cu el, îl ajuta să se îmbrace, așa încât să nu își atingă hainele și să se contamineze. Dl N îi mai cerea mamei sale îndeplinirea unui ritual de 58 de pași în timp ce îi pregătea mâncarea și i-o așeza pe masă. Dacă nu îndeplinea cu exactitate ritualul, mama trebuia să arunce toată mâncarea și să pregătească alta. Ea arunca anual echivalentul a mii de dolari în alimente pentru a-i face pe plac. Pacientul a cerut la un moment dat ca tatăl său să se mute sau să locuiască în altă aripă a casei, pentru că se temea că va fi infectat cu germenii aduși de acesta de la lucru.

Dezvoltarea dlui N în prima copilărie nu părea să fi fost marcată de ceva deosebit, însă pacientul și-a amintit un eveniment neplăcut care avusese loc în jurul vârstei de 5 ani. Și-a revăzut tatăl apucând-o pe mama lui de sâni, în timp ce aceasta își chema copilul în ajutor. A încercat să-și oprească tatăl, însă acesta s-a dovedit mai puternic. Și-a amintit că s-a simțit îngrozitor și a plâns pentru că nu a putut să-și salveze mama.

Deși dl N fusese văzut de mulți psihiatri, întotdeauna refuzase să se întoarcă la spital după prima vizită. La un moment dat, a fost de acord să ia clomipramină, dar a întrerupt-o după prima doză din cauza efectelor secundare. Funcționarea lui a devenit din ce în ce mai dificilă, iar părinții au luat decizia de a-l interna în spital. Acolo, medicul l-a întrebat de ce dorea tratament. A răspuns: „Sunt hotărât să fiu dependent — vreau să spun independent". Medicul a comentat faptul că pacientul spusese mai întâi „dependent" și a întrebat: „Există cumva o parte a dumneavoastră care dorește să fiți dependent?". Dl N a răspuns: „Vreți să spuneți mama mea?". Medicul i-a spus că, desigur, el știe mai bine decât doctorul acest lucru. Pacientul s-a gândit puțin și a spus: „Păi, are grijă de mine destul de bine".

Actul ratat al dlui N a adus puțină lumină asupra motivațiilor inconștiente de a rezista la tratament. Orice fel de tratament eficient i-ar fi amenințat relația de dependență pe care o avea cu mama lui. Dacă tratamentul cu clomipramină este eficient, atunci trebuie evitat. De asemenea, respingea orice tentative de tratament spitalicesc sau ambulatoriu.

După aproximativ o săptămână de spitalizare, dl N a contrazis toate așteptările personalului. A început să facă progrese remarcabile. Putea să atingă mânerele ușilor fără teama că se va contamina, putea citi reviste atinse de alte persoane și petrecea mai puțin timp spălându-se pe mâini. Toate aceste schimbări s-au petrecut în absența tratamentului medicamentos. Pacientul afirma că se simte „mult mai puțin nervos" în spital decât s-ar fi așteptat. După ce a explorat modul în care cadrul spitalicesc putea să-i fi redus anxietatea, a devenit evident faptul că era din ce în ce mai îngrijorat de dorințele sexuale nutrite față de mama lui. Spunea că, atunci când mama îl îmbrăca, simțea că „era ceva sexual în asta". Îndepărtarea pacientului de căminul atât de încărcat emoțional, care îl ținea prizonier, a făcut ca dorințele sexuale față de mamă să devină mai puțin problematice pentru el. De asemenea, dorințele agresive de a-și ține tatăl departe de el au devenit mai puțin deranjante. Datorită faptului că anxietatea dată de dorințele sexuale și agresive se diminuase, simptomele lui obsesiv-compulsive nu mai erau atât de necesare pentru a-i lega anxietatea.

Oricât de biologic acționate ar fi fost simptomele obsesiv-compulsive ale dlui N, ele dezvăluiau o dorință simbolică de a câștiga afecțiunea mamei în absența tatălui său, așa cum este subtil descrisă în amintirea din copilărie. Ritualurile compulsive îi serveau ca apărare împotriva dorințelor sexuale nutrite față de mamă, consumându-și tot timpul prin spălarea mâinilor și prin multe alte lucruri. Cu toate acestea, ritualurile-simptom au avut ca rezultat îmbrățișarea lui de către mamă și primirea întregii ei atenții, tatăl fiind îndepărtat. De aceea, formațiunea de compromis construită inconștient conținea atât expresia directă a dorinței ascunse, cât și apărarea împotriva acestei dorințe. Urmarea unui tratament medicamentos sau de alt fel ar fi însemnat amenințarea triumfului obținut asupra tatălui, adică pacientul ar fi ajuns într-o situație în care nu ar mai fi avut nevoie de mamă. Pe de altă parte, această victorie oedipală generase enorm de multă vină și anxietate, ceea ce îl determinase să recurgă mai frecvent la ritualuri și obsesii. Scos din triangularea formată cu părinții acasă, dl N nu a mai avut atâta nevoie de simptomele obsesiv-compulsive pentru a se apăra de anxietate și starea lui s-a îmbunătățit remarcabil.

Deși tratamentul dlui N nu a inclus și psihoterapie dinamică, înțelegerea psihodinamică a rezistențelor la tratament a avut un rol esențial în abordarea refuzului de a lua medicația, determinându-l să coopereze la tratament. Actul ratat al pacientului l-a făcut să conștientizeze faptul că orice ameliorare a simptomelor i-ar putea amenința poziția privilegiată pe lângă mamă.

Cazul dlui N reflectă și o problemă care apare frecvent în familiile pacienților cu TOC. Un studiu în care au fost implicate 34 de rude ale unor pacienți cu TOC a examinat gradul de acomodare al acestora la patologia pacientului prin participarea activă la ritualuri sau prin schimbări semnificative ale programului zilnic (Calvocoressi et al., 1995). Dintre aceste rude, 88,2% au afirmat că s-au mulat într-un anumit fel pe comportamentul bolnavului. Această formă de acomodare a familiei a fost clar corelată cu stresul din familie, cu atitudinile de respingere a pacientului și proasta funcționare a familiei. Această acomodare presupune adesea un efort menit să reducă anxietatea pacientului sau să controleze exprimarea furiei acestuia. Multe rude spun că se simt „obligate" de pacienți să facă diferite lucruri pentru a integra obsesiile și compulsiile pacientului. În mod asemănător, acest tip de relaționare este internalizat și recreat atunci când pacienții obsesiv-compulsivi se internează. O atitudine pretențioasă însoțește adesea insistența pacienților ca toată lumea, fără excepție, să se acomodeze bolii lor.

Simptomele TOC produc adesea probleme de relaționare, iar diagnosticul este asociat cu un risc mare de divorț sau de separare (Zetin și Kramer, 1992). Drept urmare, psihoterapia dinamică poate fi cea mai

eficientă modalitate de a aborda problemele de relaționare secundare simptomelor. Unii clinicieni (Leib, 2001; Meares, 2001) au observat modul în care preocuparea pacienților pentru ritualuri și gânduri obsesionale poate duce la o existență foarte restricționată și idiosincratică și, consecutiv, la relații de obiect maladaptative și la o dezvoltare personală problematică. Terapiile psihanalitice pot fi necesare pentru a ajuta pacientul să se redefinească în afara experienței ritualurilor și a gândurilor obsesionale și să dezvolte o mai mare conștientizare sau capacitate de mentalizare în ceea ce privește viața interioară a celorlalți. Lieb (2001) a descris o nouă abordare prin combinarea tehnicilor de expunere și a farmacoterapiei cu psihanaliza la o femeie cu TOC. Tratamentul integrat a furnizat cea mai completă strategie de abordare a multiplelor probleme ale pacientei.

Altă contribuție utilă a clinicianului specializat în psihodinamică este investigarea agenților precipitanți care inițiază sau exacerbează simptomele. Ajutând pacienții și familiile lor să înțeleagă natura acestor stresori, simptomele pot fi stăpânite mult mai ușor.

9.4 Tulburarea de stres posttraumatic

Ultimele decenii ale secolului al XX-lea au fost martorele unei creșteri a incidenței și prevalenței tulburării de stres posttraumatic (TSPT) în populația generală. Prevalența estimată pentru toată viața este de aproximativ 7,8% (Kessler et al., 1995). Mai mult de o treime dintre persoanele care au avut un episod inițial de TSPT nu se mai refac nici după mai mulți ani. Într-un studiu care a inclus 2 181 de persoane în zona Detroit, riscul condiționat de TSPT consecutiv unei expuneri la o traumă a fost de 9,2% (Breslau et al., 1998). Mai mult, cel mai frecvent eveniment precipitant raportat pentru persoanele cu TSPT a fost moartea neașteptată și bruscă a unei persoane iubite, sugerând că violul, atacul violent și lupta au fost trăite doar de o parte dintre pacienții afectați de această tulburare. Este probabil ca o persoană cu TSPT să trăiască 20 de ani de simptome active și să îi fie afectată activitatea la locul de muncă (Davidson, 2001). În multe cazuri, acești pacienți nu sunt diagnosticați corect de la început, deoarece prezintă un tablou clinic somatoform, însă până la 11,8% dintre cei care se prezintă pentru prima dată la medic pot îndeplini criteriile diagnostice pentru TSPT parțial sau total (Stein et al., 2000).

Victimele traumelor oscilează între negarea evenimentului și repetarea lui compulsivă prin flashbackuri și coșmaruri. În acest fel, mintea poate prelucra și organiza stimulii prea intenși. Horowitz (1976) a

identificat 8 teme psihologie frecvente care urmează unei traume: 1) supărare sau tristețe, 2) vinovăție față de furia sau impulsurile distructive resimțite, 3) teama resimțită de victimă că va deveni distructivă, 4) vinovăția victimei că a supraviețuit, 5) teama că se va identifica cu victimele, 6) rușinea față de sentimentele de neajutorare și de gol interior, 7) teama că trauma se va repeta și 8) furia îndreptată împotriva sursei traumei.

Deși severitatea simptomelor posttraumatice era considerată odinioară a fi direct proporțională cu severitatea stresorului, unele studii empirice arată contrariul. Într-o investigație prospectivă efectuată asupra a 51 de pacienți cu arsuri (Perry et al., 1992), TSPT a fost anticipată în cazurile cu arsuri minore, cu suport emoțional perceput ca inconsistent și cu disconfort emoțional major. Leziunile mai severe sau mai întinse nu au anunțat simptome posttraumatice. Rezultatele acestui studiu se raliază opiniei din ce în ce mai răspândite conform căreia TSPT este dependentă mai mult de factori subiectivi decât de severitatea stresorului. La victimele unor accidente, valoarea pe care o confereau acestea severității traumei și, consecutiv, semnificația traumei pentru ele s-au dovedit a fi factorul predictiv cel mai important pentru dezvoltarea TSPT mai târziu (Malt și Olafsen, 1992; Schnyder et al., 2001). Drept urmare, cea mai mare parte a Comitetului Consultativ al DSM-IV a susținut o revizuire a criteriilor privind stresorii care ar putea agrava răspunsul subiectiv individual la eveniment (Kilpatrick și Resnick, 1993).

Evaluarea psihodinamică atentă atât a semnificațiilor atribuite de pacient evenimentului traumatic, cât și a vulnerabilităților psihologice specifice ale acestuia este necesară pentru analizarea factorilor declanșatori din mediu (Ursano, 1987; West și Coburn, 1984). Într-un studiu (Breslau et al., 1991) s-a determinat că riscul de dezvoltare a TSPT ar putea fi asociat cu separarea timpurie de părinți, cu caracterul nevrotic, cu un istoric familial de anxietate și cu anxietatea sau depresia preexistentă. Autorii au ajuns la concluzia că, pentru exprimarea simptomelor, este necesară o predispoziție personală pentru TSPT. Printre aspectele percepției subiective, care au fost cel mai bine studiate, se numără experiența unei frici extreme, senzația de neputință, perceperea amenințării vieții și perceperea unei potențiale violențe fizice (March, 1993).

Cei mai mulți oameni nu dezvoltă TSPT chiar dacă trec prin traume îngrozitoare. Incidența tulburării este de fapt scăzută printre persoanele care erau sănătoase înaintea traumei (Schnyder et al., 2001). Mai mult, evenimentele a căror severitate este aparent minoră pot provoca apariția TSPT la anumiți indivizi, din cauza semnificației subiective atribuite faptelor. Traume vechi pot fi trezite de circumstanțe actuale. Davidson și Foa (1993) indicau că ar exista niște factori determinanți pentru

apariția tulburării: 1) vulnerabilitate genetic-constituțională la afecțiuni psihiatrice; 2) experiențe neplăcute sau traumatice în copilărie; 3) anumite caracteristici de personalitate (precum cele întâlnite la pacienții antisociali, dependenți, paranoizi și borderline); 4) stresuri sau schimbări recente în viață; 5) un sistem suportiv inadecvat sau compromis; 6) consum crescut de alcool în ultimul timp și 7) senzația că localizarea controlului este mai degrabă externă decât internă. Un studiu efectuat pe 105 bărbați care au luptat în Vietnam a sugerat că un IQ mai scăzut ar putea fi un factor de risc pentru apariția TSPT (McNally și Shin, 1995). Severitatea crescută a simptomelor TSPT a fost asociată cu o inteligență mai scăzută, ceea ce arată că variabilele cognitive pot afecta capacitatea indivizilor de a face față unei traume. Disocierea peritraumatică poate fi și ea înalt predictivă pentru TSPT (Griffin et al., 1997).

Deși apărările disociative pot fi activate pentru a ține emoțiile dureroase în afara câmpului conștient, ieșirea la lumină a amintirilor traumatice le poate menține într-o stare de înaltă activare cognitivă. Astfel, factorii cognitivi și afectivi pot intra în conflict de interese și pot duce la oscilația atât de caracteristică bolii, între intruziunea amintirilor și scăpările de memorie. Deși Freud a postulat compulsia la repetiție ca sursă a amintirilor traumatice intruzive, noi putem trage acum concluzia că amintirile traumatice nerezolvate rămân active cognitiv tocmai pentru că sunt inhibate *afectiv* de mecanismele de apărare de tipul disocierii. Sistemul inconștient de monitorizare care ține captive amintirile traumatice din cauza asocierii lor cu stări afective dureroase ne transmite și mesajul că acestea nu pot fi perlaborate.

Supraviețuitorii unei traume nu își pot folosi adesea emoțiile ca semnal (Krystal, 1968, 1984, 1988). Pentru că orice emoție puternică este privită ca o amenințare de întoarcere a traumei originale, acești pacienți își vor somatiza sau trata medicamentos aceste emoții, folosind în mod abuziv medicamentele prescrise. Krystal a mai observat că, în stările posttraumatice, acești indivizi pot prezenta dizabilități ale funcției de autoîngrijire. Nu se pot calma și relaxa suficent singuri pentru a putea adormi în mod natural.

O implicație a observațiilor lui Krystal asupra TSPT este aceea că psihoterapia exploratorie menită să ajute să „repună în act" trauma poate fi nocivă pentru acești pacienți. Cei care prezintă alexitimie vor experimenta doar corelațiile fiziologice ale stărilor emoționale, fără a înregistra sentimentele pe tărâm psihologic, ceea ce va duce la o mai mare deteriorare a stării lor psihosomatice (Sifneos, 1973). Aceste considerații pot fi parțial responsabile de rezultatele dezamăgitoare ale tehnicii de debriefing după incidente traumatice (van Emmerick et al., 2002). Pacienții care nu trec prin debriefing își pot reveni mai repede decât cei care o fac. În general, la ora actuală tratamentul implică tehnici derivate din terapia cognitiv-comportamentală, cum ar fi expunerea,

managementul anxietății, restructurarea cognitivă și tehnica dialogului pozitiv cu sine (Foa et al., 1999). În plus, în studiile controlate placebo desfășurate în mai multe centre, sertralina s-a dovedit a fi sigură și eficientă în reducerea unor simptome ale bolii (Davidson et al., 2001).

Nu există tratament complet satisfăcător pentru TSPT, însă mai mulți autori (Brom et al., 1989; Gaston, 1995; Lindy et al., 1983) au acordat foarte mult credit folosirii terapiei dinamice. Traumele masive silesc Eul să își arunce în luptă apărările primitive — de exemplu, negarea, minimizarea și tăgăduirea proiectivă. Furia de a fi devenit victimă este adesea proiectată asupra celorlalți, determinându-i pe unii supraviețuitori ai unor traume să devină hipervigilenți pentru a se putea proteja de potențialele agresiuni din jur. Alți pacienți își pot folosi furia ca apărare împotriva unor sentimente mult mai deranjante, de vulnerabilitate. Contestările sunt angajate uneori pentru a putea face față furiei, sugerând un motiv serios de răzbunare, dar și dorința de a-și stăpâni sentimentele de neajutorare prin câștigarea unei forme de compensație pentru suferința provocată de traumă. Vinovăția poate fi folosită și ea ca mecanism defensiv. Victimele violurilor consideră adesea că sunt responsabile de ceea ce li s-a întâmplat, o postură defensivă care maschează gânduri mai supărătoare, cum ar fi acela că sunt neajutorate într-o lume violentă.

Un studiu controlat de terapie psihodinamică scurtă efectuat asupra supraviețuitorilor unor incendii (Lindy et al., 1983) a demonstrat o ameliorare semnificativă a simptomelor la 30 de pacienți participanți, dintre care 19 îndeplineau criteriile DSM-III pentru TSPT sau pentru TSPT asociată cu depresie. Terapia a constat în 6–12 ședințe în care, printr-un protocol standardizat, a fost încurajată expunerea la situațiile temute.

Cei mai mulți cercetători sunt de acord că medicația este cea mai potrivită completare a psihoterapiei (Friedman, 1991; Solomon et al., 1992). Diferitele forme de psihoterapie pot avea diferite efecte. Brom et al. (1989) au comparat pacienții care urmau psihoterapie dinamică, hipnoterapie și desensibilizare sistematică. Toate cele trei grupuri de tratament au prezentat ameliorări simptomatice mai consistente decât grupul de control. Terapia dinamică a obținut cea mai importantă reducere a simptomelor evitante, dar a avut mai puțin impact asupra simptomelor intruzive. Grupurile de hipnoterapie și desensibilizare au prezentat patternul invers. Tehnicile comportamentale s-au dovedit a fi eficiente, însă relaxarea necesară pentru modalitățile comportamentale poate fi greu de obținut de către pacienții cu TSPT, din cauza inabilității lor de a se calma singuri (Krystal, 1984).

Psihoterapia individuală trebuie să fie foarte personalizată pentru pacienții cu TSPT. Unii dintre ei vor fi copleșiți de reconstituirea traumei și vor reacționa prin deteriorare clinică. Integrarea experiențelor clivate trebuie dozată în funcție de capacitatea pacientului de a face față acestei

integrări. Terapeutul s-ar putea să fie nevoit să conțină aspectele proiectate ale Sinelui traumatizat până când pacientul va fi capabil să le reintegreze (Peebles, 1989). Clinicienii trebuie să fie conștienți că în cazul TSPT pot apărea tentative de suicid sau preocupări suicidare. Într-un studiu care a cuprins veterani din Vietnam suferinzi de TSPT, Hendin și Haas (1991) au descoperit că vinovăția legată de luptele purtate era cel mai important factor predictiv pentru dorințele suicidare. Mulți pacienți simțeau că merită să fie pedepsiți pentru că fuseseră transformați în ucigași.

Datorită acestor considerații, psihoterapia dinamică a pacienților cu TSPT trebuie să mențină un echilibru între atitudinea detașată, de observator, care-i permite pacientului să rețină informațiile neplăcute și poziția încurajatoare, care îl ajută să reconstruiască tabloul complet al traumei. Integrarea amintirilor traumei în contextul unui sens continuu al Sinelui pacientului poate fi un scop nerealist, pentru că pacientul nu trebuie forțat să prelucreze prea rapid ceva ce devine copleșitor și dezorganizator. Construirea unei alianțe terapeutice solide, în care pacientul să se simtă în siguranță, este vitală pentru succesul terapiei. Educarea pacientului în privința unor reacții obișnuite la evenimentul traumatic poate ușura crearea alianței. Validarea empatică a dreptului pacientului de a simți ceea ce simte consolidează și ea această legătură.

Lindy (1996) a identificat patru tipuri de transfer întâlnite frecvent la pacienții cu TSPT: 1) transferul asupra terapeutului a persoanelor implicate în evenimentul traumatic, 2) transferul asupra situației terapeutice a amintirilor specifice reprimate ale evenimentului traumatic, 3) transferul asupra terapeutului a funcțiilor intrapsihice ale pacientului distorsionate consecutiv traumei (în speranța că vor fi reparate) și 4) transferul asupra terapeutului a unui rol înțelept și omnipotent, în care terapeutul îl poate ajuta pe pacient să filtreze cele întâmplate și să refacă un sens personal.

Toate aceste transferuri produc, desigur, contratransferuri corespunzătoare. Terapeutul, în dorința de a-și salva pacientul din trauma oribilă pe care a trăit-o, poate dezvolta fantasme de omnipotență. Alternativ, terapeutul se poate simți copleșit, furios și neajutorat ca răspuns la aparenta rezistență a pacientului de a se lăsa să iasă din traumă. Când pacientul este deosebit de încăpățânat, agățându-se de amintirile traumei, terapeutul poate deveni indiferent și lipsit de speranță.

Scopurile acestor psihoterapii ar trebui să fie modeste, în cele mai multe cazuri — vindecarea sau dispariția simptomelor ar fi niște obiective prea ambițioase. Cele mai rezonabile dorințe sunt oprirea deteriorării, susținerea zonelor de funcționare adecvată și restabilirea integrității personale a pacientului (Lindy et al., 1984). Există unele motive de optimism terapeutic dacă luăm în considerare faptul că, în mai mult de jumătate din cazurile de TSPT acut consecutiv violului,

apare în mod natural remisia în interval de trei luni (Davidson și Foa, 1993), iar asigurarea suportului poate să fie atunci suficientă.

9.5 Tulburarea acută de stres

Tulburarea acută de stres are aceleași criterii de stres ca și TSPT: persoana în cauză trebuie să fi trăit un eveniment în care să fi fost implicată amenințarea cu moartea sau o leziune serioasă și să fi răspuns prin sentimente intense de neajutorare, groază sau frică. Simptomele rezultante trebuie să apară în 4 săptămâni de la evenimentul traumatic și să dureze între 2 zile și 4 săptămâni. Cu alte cuvinte, această categorie include sindroame asemănătoare cu TSPT, care pot să apară mai repede decât în cazul afecțiunii prezentate anterior, durează mai puțin sau servesc de prodrom unui caz mai tipic de TSPT. Într-un studiu efectuat asupra unor muncitori care au supraviețuit unor dezastre (Fullerton et al., 2004), 42% dintre cazurile de tulburare acută de stres au dezvoltat TSPT.

În plus față de criteriile pentru simptomele TSPT (precum retrăirea evenimentului, evitarea stimulilor care readuc amintirea traumei și manifestarea hiperconștientizării traumei), diagnosticul tulburării acute de stres necesită și cel puțin trei dintre următoarele simptome disociative: amnezia unor aspecte importante ale traumei; depersonalizarea; derealizarea; neatenția la ceea ce se întâmplă în jur; senzația subiectivă de detașare, de insensibilitate sau de lipsă a responsivității emoționale. Tratamentul acestei afecțiuni este în mare același ca în cazul altor forme de tulburări disociative descrise în Capitolul 10 la „Considerații generale".

9.6 Tulburarea de tip anxietate generalizată

Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de tip anxietate generalizată (TAG) au fost concepute pentru a face diferența între această afecțiune și îngrijorarea normală. Anxietatea trebuie să fie excesivă, dificil de controlat și suficient de frecventă încât să apară în peste jumătate dintre zilele unui interval de minim 6 luni. Poate provoca, de asemenea, disconfort clinic semnificativ sau poate invalida zone de funcționare importante, cum sunt cele ocupațională și socială. Diagnosticul cere ca

anxietatea să nu se afle în limitele altor tulburări pe Axa I, adică să nu fie vorba de anxietate față de apariția unui atac de panică, frica de contaminare sau de a nu fi făcut de râs în public ș.a.m.d. Anxietatea trebuie să fie destul de pătrunzătoare, așa încât pacientul să se concentreze asupra unor activități sau evenimente care sunt țintele acesteia. Calitatea vieții pacienților cu TAG este afectată în conținut de ideile pe care le au despre viitorul lor, de circumstanțele vieții, de situația financiară, de posibilitatea ca unor membri ai familiei să li se întâmple ceva rău și de multe alte aspecte. Ei pot trăi tensiune fizică și simptome moderate de descărcare simpatetică, dar nimic de intensitatea tulburării de panică.

TAG continuă să fie o afecțiune controversată. Dintre toate tulburările de anxietate, ea este asociată cu cea mai mare rată a comorbidității. Într-un studiu desfășurat în mai multe centre (Goisman et al., 1995), aproape 90% dintre pacienții cu TAG aveau un istoric de cel puțin o altă tulburare de anxietate pe toată durata vieții. În orice caz, clinicienii întâlnesc adesea pacienți care își fac cronic griji din orice și, pentru că mulți dintre ei muncesc cu dificultate din cauza anxietății permanente, tratamentul este extrem de important.

Numeroase studii au demonstrat eficacitatea tehnicilor comportamentale, a farmacoterapiei și chiar a terapiei dinamice scurte în tratarea pacienților anxioși. Totuși schemele de grup concepute la scară mare nu spun nimic clinicienilor despre cum își pot da seama care persoană este potrivită unui tip anume de tratament (Barlow și Beck, 1984).

Anxietatea apare ca răspuns la multe situații pe parcursul vieții. Dacă pacienții ar trebui să recurgă la medicație la fiecare puseu de anxietate, este o chestiune de natură să-i preocupe serios pe psihiatri. Se pot elimina componentele fiziologice ale anxietății prin medicație, fără a ataca aspectele cognitive ale îngrijorării, care rămân. Următoarea vinietă clinică este ilustrativă în acest sens.

> Dna O era o absolventă de facultate în vârstă de 23 de ani, care se prezentase la consult pentru episoade periodice de anxietate intensă. Cam de trei ori pe lună avea momente când se temea că va muri în timp ce stătea în pat. De obicei, începea prin a rumina în următorul mod: „Acum am 23 de ani. În doar 7 ani, voi avea 30. Apoi voi avea 40, iar copiii mei vor fi mari. Apoi voi fi bunică și mă voi pensiona, apoi voi muri". După aceea, începea să se gândească la părinții ei, care trăiau amândoi, și să se teamă că vor muri curând. Pe măsură ce gândurile o copleșeau, inima începea să-i bată tot mai repede și nu mai putea adormi.
>
> După o evaluare diagnostică, au fost discutate cu pacienta mai multe metode terapeutice: prescrierea unei medicații pentru anxietate, explorarea psihoterapeutică a cauzelor anxietății sau o combinație a celor două. Ea a răspuns imediat că nu o interesează medicația. „Cum ar putea o pastilă să-mi ia frica de moarte?" a întrebat. A afirmat că vrea să înțeleagă originile anxietății pe care o trăia, pentru a o putea stăpâni.

Pacienta s-a angajat într-o cură terapeutică și a început să-și stăpânească din ce în ce mai bine emoțiile deranjante. Terapeutul empatiza cu ea în ceea ce privea natura înfricoșătoare a morții, dar nu uita să menționeze și că anumite îngrijorări legate de viață contribuiau adesea la frica de moarte. El a întrebat-o ce anume din ceea ce se întâmpla în viața ei ar fi putut să-i accentueze anxietatea. Pacienta a răspuns imediat că fricile ei nu au nimic de a face cu plecările soțului său pe mare. Ochii au început să i se umple de lacrimi, iar terapeutul i-a întins o cutie cu șervețele.

Dna O a ignorat cutia cu șervețele și a continuat să vorbească despre cum mor oameni tineri de SIDA și de cancer. Terapeutul a întrebat-o de ce nu a luat un șervețel din cutia ce îi fusese oferită. Ea a răspuns că s-a gândit că ăsta ar fi fost un semn de slăbiciune. Terapeutul a întrebat-o dacă i-a fost greu întotdeauna să accepte că are nevoie de ajutorul altora. Pacienta a spus că toată viața ea a fost cea la care veneau ceilalți și-și spuneau păsurile și că nu putea accepta niciodată că și ea ar putea avea probleme și nevoie de ajutorul celor din jur. Terapeutul i-a sugerat că poate are nevoie să prezinte o fațadă pseudoindependentă ca un mod de a-și nega neajutorarea. Ea a admis cu ușurință că se teme de sentimentul de slăbiciune asociat cu latura ei vulnerabilă și neajutorată. Terapeutul a subliniat că moartea ar fi fost ultima situație în care ea s-ar fi aflat vulnerabilă și neajutorată. Pacienta a răspuns că lucrul cel mai rău legat de moarte este, în mintea ei, faptul că va trebui să o înfrunte singură.

Pe măsură ce dna O continua să-și exploreze sursele anxietății, a scos la lumină un istoric de dificultăți semnificative de exprimare a furiei. Se temea că furia ei va exploda și că îi va îndepărta pe cei din jur. Anxietatea nocturnă apărea de multe ori după vizionarea unor filme violente. Spunea că o deranjează faptul că alte persoane își pot exprima furia într-un mod atât de violent și direct, în timp ce ea trebuie să și-o controleze pe a ei cu atâta atenție. Explorarea psihoterapeutică a dezvăluit și multă furie împotriva tatălui ei, pe care pacienta nu fusese capabilă să o exprime. Se temea, inconștient, că furia ei ar fi atât de intensă, încât și-ar distruge tatăl.

După 2 luni de psihoterapie, episoadele de anxietate intensă au dispărut. Dna O se mai temea încă de moarte într-o anumită măsură, dar reușea să-și controleze mai bine frica, pentru că înțelesese care erau îngrijorările subiacente legate de impactul furiei ei și al temerilor ei că va fi abandonată și lăsată singură. Cu alte cuvinte, o capacitate mai mare de a-și stăpâni rațional emoțiile a ajutat-o să-și controleze simptomele.

Cazul dnei O ilustrează principiul venerat conform căruia în psihiatria clinică trebuie adaptat tratamentul la pacient. Contrar punctului de vedere al unei părți a contribuabililor, cel mai adecvat tratament al unui pacient nu este în mod necesar cel mai ieftin. Deși unii clinicieni ar spune că un agent antianxios ar fi eliminat poate mai rapid și mai necostisitor simptomele pacientului, dna O a cerut altceva decât ameliorarea simptomelor. Barber și Luborsky (1991) sunt de părere că aceeași tulburare de anxietate va necesita tratamente diferite în circumstanțe diferite, aplicate unor pacienți diferiți. Psihoterapia psiho-

dinamică poate fi tratamentul de elecție pentru pacienții care au insight, sunt motivați să înțeleagă matricea din care apar simptomele și doresc să investească timp, bani și efort într-un proces terapeutic. Dna O nu a cerut medicamente și probabil că nu le-ar fi luat dacă i-ar fi fost prescrise.

Medicația poate fi uneori un adjunct extrem de important, pe termen scurt, intervențiilor psihoterapeutice pentru GAD. Nu trebuie totuși impusă pacienților ca tratament complet împotriva anxietății. Pacienții trebuie să învețe să tolereze anxietatea ca pe un semnal important în timpul psihoterapiei. Aceia care dispun de o tărie a Eului suficient de mică ajung să vadă în anxietate o fereastră spre inconștient.

Tratamentul anxietății trebuie să înceapă cu o evaluare psihodinamică atentă și completă, conceptualizând anxietatea ca pe un „vârf de aisberg" multideterminat. Clinicianul trebuie să diagnosticheze natura fricii ascunse a pacientului (v. Tabelul 9–1). În plus, trebuie evaluat și rolul anxietății în organizarea personalității pacientului. Ce este capacitatea Eului de a tolera anxietatea și de a suporta explorarea originilor anxietății? Oare anumite constelații ale relațiilor de obiect intern par să trezească anxietatea? Este oare anxietatea legată de frica de dezintegrare a Sinelui? Prescrierea intervenției psihodinamice potrivite depinde parțial de situația clinică a pacientului, ca și de interesele acestuia. Unii pacienți răspund rapid și bine unor explicații scurte, educative, și nu mai au nevoie de tratament ulterior. Altora, care prezintă simptome foarte focalizate și anumite tării notabile ale Eului, anxietatea le poate fi diminuată prin psihoterapie dinamică scurtă. Pacienții nevrotici, cu mai puține acuze focalizate și cu interese mai adânci în ceea ce privește schimbări fundamentale ale personalității, vor fi îndrumați spre psihanaliză. În sfârșit, pacienții cu patologie caracterială severă care prezintă anxietate vor avea nevoie de o lungă perioadă de terapie suportiv-expresivă pentru a-și ameliora simptomele.

Când începe o terapie psihodinamică cu un pacient cu TAG, specialistul trebuie să manifeste toleranță față de concentrarea acestuia pe simptomele somatice și pe alte probleme care sună destul de superficial. O ipoteză de lucru care vizează funcția defensivă este aceea că focalizarea atenției pe aceste probleme distrage pacientul de la unele îngrijorări subiacente mai tulburătoare. Acest model defensiv caracteristic de evitare poate fi asociat cu atașamentul conflictual nesigur din copilărie și cu traume timpurii (Crits-Cristoph et al., 1995). După ascultarea empatică a problemelor actuale ale pacientului, terapeutul poate să înceapă să pună întrebări despre relațiile din familie, despre dificultățile interpersonale și despre situația pacientului la locul de muncă. Specialistul poate face legătura între diferitele situații problematice pentru a putea ieși la lumină conflictele relaționale importante. Ca în toate terapiile dinamice, unele dintre cele mai convingătoare

dovezi ale existenței acestor modele pot ieși la lumină în relația transferențială. Deoarece sursele anxietății încep să se asocieze cu conflicte recurente, pacientul își dă seama treptat că anxietatea poate fi stăpânită prin înțelegerea așteptărilor inconștiente de eșec în relații și la locul de muncă. Un rezultat pozitiv poate fi și capacitatea de a folosi anxietatea ca semnal al unui conflict recurent, ceea ce va duce la introspecție și la posibilitatea de a înțelege mai bine.

10. Tulburările disociative

La începuturile psihiatriei dinamice, doi autori, Janet și Freud, au fost uimiți de mulțimea de fenomene isterice pe care le observau. Pentru a explica stările alterate ale conștiinței precum amnezia sau fuga, Janet a postulat că amintirile traumei persistă ca idei fixe relativ neasimilate care servesc drept focare de dezvoltare a unor asemenea stări. El a arătat că, în circumstanțe specifice, energiile nervoase care integrează funcțiile mintale pot scădea suficient de mult pentru ca anumite funcții să scape de sub controlul central, proces numit *disociere.*

Freud, pe de altă parte, a postulat conceptul de *refulare*, o exilare activă a anumitor conținuturi mintale din sfera conștientă în domeniul inconștientului dinamic. Deși aceste sentimente inacceptabile rămân în afara câmpului conștient, ele continuă să fie active în inconștient și pot ieși din nou la lumină sub formă de simptome. Freud și Janet nu se mai pun de acord din acest moment, Freud postulând că fenomenele isterice rezultă din procese mintale active, iar Janet susținând rolul proceselor mintale pasive (Nemiah, 1989).

În ultimii ani, interesele psihiatrilor față de disociere au crescut, conjugate cu interesele față de tulburarea de stres posttraumatic (TSPT) și de răspunsurile la traumă, în general. Gândirea psihodinamică se concentrează, în mod tradițional, pe nevoile, dorințele și impulsurile inconștiente, ca și pe apărările împotriva acestora. Fantasma intrapsihică joacă un rol mai important decât trauma externă. Tulburările disociative și TSPT au nivelat câmpul de acțiune, de aceea clinicienii contemporani specializați în psihodinamică acordă acum aceeași importanță influențelor patogenice ale evenimentelor reale.

Formele patologice de disociere sunt identificate prin tulburări sau alterări ale funcțiilor integrative normale ale memoriei, identității sau conștiinței (Putnam, 1991). DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) include următoarele entități diagnostice în categoria tulburărilor disociative: tulburarea de identitate disociativă (tulburarea de personalitate multiplă), tulburarea de depersonalizare, tulburarea disociativă fără altă specificație, amnezia disociativă și fuga disociativă (ultimele

două s-au numit anterior „amnezie psihogenă" și, respectiv, „fugă psihogenă").

10.1 Considerații generale

Înainte de a începe studierea amănunțită a tulburărilor disociative specifice, sunt necesare unele considerații generale asupra fenomenului disocierii care să furnizeze contextul de bază pentru înțelegerea tulburărilor disociative individuale. Legătura dintre hipnotizabilitate și disociere a fost observată ani la rând și s-a demonstrat că pacientele isterice care prezintă simptome disociative sunt foarte ușor de hipnotizat (Bliss, 1980; Spiegel, 1984; Spiegel și Fink, 1979; Steingard și Frankel, 1985). Există totuși acum puncte de vedere contradictorii asupra relației conceptuale dintre hipnoză și disociere (Bremner și Marmar, 1998). Frankel (1990) a sugerat că disocierea și hipnotizabilitatea sunt fenomene strâns legate însă diferite, greu de deosebit în grupurile care le prezintă în grad înalt pe amândouă. Multe simptome tipice ale tulburării disociative pot fi induse prin hipnoză unor subiecți foarte ușor hipnotizabili (Putnam, 1991). Deși unii specialiști văd transa hipnotică doar ca metaforă a stărilor disociative, Spiegel (1990) numește hipnoza „disocierea controlată indusă într-un cadru structurat" (p. 247). Hipnoza și stările disociative severe au în comun completa absorbire a subiecților în anumite aspecte ale trăirii combinată cu completa ignorare a altor aspecte.

În esență, disocierea reprezintă un eșec în integrarea aspectelor perceptive, mnezice, de identitate și ale conștiinței. Exemple minore de disociere, cum este „senzația de plutire", senzații pasagere de stranietate sau „îndepărtarea", sunt fenomene care apar frecvent în populația generală. Dovezi empirice consistente sugerează că disocierea apare mai ales ca mecanism de apărare împotriva traumei. Frecvențe mari ale simptomelor disociative au fost înregistrate în urma unor incendii puternice (Koopman et al., 1994), a unor cutremure (Cardeña și Spiegel, 1993), a unor războaie (Marmar et al., 1994), a torturii (Van Ommeren et al., 2001), ca și în cazul persoanelor care au asistat la o execuție (Freinkel et al., 1994). Disocierea îi permite fiecărui individ iluzia unui control psihologic atunci când trăiește un sentiment de neputință și de lipsă a controlului asupra propriului corp. Apărările disociative servesc dubla funcție de a ajuta victimele să se îndepărteze singure dintr-o situație traumatică chiar în timpul producerii acesteia și de a amâna perlaborarea necesară, care plasează evenimentul în perspectivă cu restul vieții lor.

Trauma în sine poate fi privită ca o discontinuitate apărută subit în trăire (Spiegel, 1997). Disocierea din timpul traumei duce și la o

discontinuitate în procesul de stocare în memorie. Aproximativ 25–50% dintre victimele traumelor prezintă o oarecare detașare față de evenimentul traumatic, în timp ce altele au o amnezie parțială sau totală a evenimentului (Spiegel, 1991). Aceste mecanisme mintale le permit victimelor să compartimenteze experiența, așa încât aceasta să nu mai fie accesibilă conștiinței — ca și cum nu s-ar fi întâmplat niciodată. Nu se știe de ce unele persoane disociază și altele nu. Un studiu efectuat asupra soldaților aflați în antrenament pentru supraviețuire a constatat că aceia care trăiseră situații în care viața le fusese amenințată disociau mai ușor decât alții sub presiunea antrenamentului (Morgan et al., 2001). Alt studiu (Griffin et al., 1997) a arătat că diferențele fiziologice ar putea avea legătură cu predispoziția la disociere.

Studii de imagistică prin rezonanță magnetică (MRI) efectuate asupra unor veterani din Vietnam au arătat o reducere a volumului hipocampal al acelora care sufereau de TSPT comparativ cu al acelora care nu aveau TSPT (Bremner et al., 1995). Femeile depresive care fuseseră subiectul abuzului sever și prelungit, fizic și/sau sexual în copilărie au prezentat un volum hipocampal mai scăzut decât persoanele din grupul de control (Vythilingam et al., 2002). Hipocampul are un rol esențial în stocarea și recuperarea amintirilor, lucru care i-a făcut pe unii cercetători să lanseze ipoteza că dificultățile de memorie asociate cu disocierea sunt legate de o lezare a regiunii (Spiegel, 1997). Yehuda (1997) afirma că responsivitatea din ce în ce mai mare a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal duce la o creștere a responsivității receptorului glucocorticoid și, în consecință, la atrofierea hipocampului. Dacă un stres foarte mare asociat cu un eveniment traumatic va închide efectiv hipocampul, memoria autobiografică a acelui eveniment va fi compromisă (Allen et al., 1999). Un răspuns defensiv comun la traumă este detașarea disociativă, destinată ținerii la distanță a emoțiilor intense. Allen et al. (1999) au subliniat faptul că această detașare îngustează mult câmpul conștient individual, de aceea scăderea capacității de recunoaștere a contextului poate interfera cu procesul de codare elaborativă a memoriei. Fără gândirea reflexivă necesară stocării, memoria nu este integrată în narațiunea autobiografică. Acești autori sugerau și faptul că detașarea disociativă poate implica o problemă de disconectivitate corticală (Krystal et al., 1995) care să interfereze cu funcții cognitive mai înalte, cum ar fi producerea limbajului. Rauch și Shin (1997) au descoperit că TSPT este asociată cu hipoactivitate în aria Broca, evidențiată prin PET (tomografia cu emisie de pozitroni). Combinația de leziune hipocampică și hipoactivitate în aria Broca indică o scădere a capacității de a face față amintirilor în termeni lexicali. De aceea, fenomenele disociative pot fi utile inițial ca mecanism de apărare, însă în cele din urmă pot limita capacitatea creierului de a înfrunta amintirile traumatice (Spiegel, 1997).

Diferite modele de activare neuronală par să fie asociate cu diferite tipuri de memorie. Mai mulți autori (Brewin, 2001; Driessen et al., 2004) au propus un model dual de reprezentare a amintirilor traumatice. Amintirile care sunt accesibile verbal par să fie mai puțin dependente de stimuli și situații, în timp ce amintirile traumatice par incontrolabile, inconștiente și dependente de stimuli. Aceste din urmă amintiri, asociate cu amigdala, talamusul și cortexul senzorial primar, nu pot fi inhibate cu ușurință de ariile cerebrale mai înalte, cum ar fi girusul cingulat și zonele prefrontală, hipocampică și a limbajului.

Influențele genetice în vulnerabilitatea la disociere nu au fost stabilite. Într-un studiu efectuat asupra a 177 de perechi de voluntari gemeni monozigoți și a 152 de perechi de dizigoți din populația generală (Jang et al., 1998), subiecții au completat câte două chestionare extrase din Scala Experienței Disociative (SED) privind capacitatea disociativă, o scală autoaplicabilă cu 28 de itemi, testată ca validitate și fiabilitate (Putnam, 1991). Rezultatele au arătat că influențe genetice erau responsabile pentru 48% și 55% din variațiile în scalele care măsurau experiența disociativă patologică și, respectiv, nepatologică. Pe de altă parte, un studiu similar pe gemeni (Waller și Ross 1997) nu a găsit dovezi de implicare ereditară.

Legătura dintre disociere și traumele din copilărie a fost demonstrată în numeroase studii. Într-unul dintre ele (Brodsky et al., 1995), din cele 50 de procente ale subiecților care au avut scoruri SED indicând niveluri patologice de disociere, 60% au raportat istoric de abuz fizic și/sau sexual în copilărie. În alt studiu (Mulder et al., 1998) efectuat pe 1 028 de persoane selectate aleator, 6,3% au prezentat trei sau mai multe episoade cu simptome disociative, având și o rată de cinci ori mai mare de abuz fizic în copilărie și o rată a abuzului sexual de două ori mai mare.

10.2 Tulburările disociative

10.2.1 Înțelegere psihodinamică

Atât disocierea, cât și refularea sunt mecanisme de apărare, în ambele situații conținuturile mintale fiind ferite de zona conștienței. Ele diferă totuși prin felul în care sunt manipulate conținuturile mintale ascunse. În cazul refulării, bariera represivă creează un clivaj orizontal, iar materialul este transferat către inconștientul dinamic. Dimpotrivă, disocierea creează un clivaj vertical, așa încât conținuturile mintale se situează într-o serie de conștiințe paralele (Kluft, 1991b). În afară de aceasta, modelul refulării este invocat de obicei ca răspuns la dorințe

interzise, cum sunt cele oedipale față de părintele de sex opus, mai mult decât la evenimente externe. De aceea, disocierea poate fi mobilizată de traumă, în timp ce refularea este activată de dorințe înalt conflictuale (Spiegel, 1990). Totuși, odată mobilizată, disocierea poate fi reactivată de dorințe.

În cele mai multe cazuri de disociere, scheme disparate ale Sinelui sau reprezentări ale Sinelui pot fi ținute în compartimente mentale separate, dat fiind faptul că se află în conflict unele cu altele (Horowitz, 1986). Amintirile Sinelui traumatizat trebuie disociate, fiind contrarii Sinelui de zi cu zi, care pare să dețină controlul deplin. Un director de magazin, de exemplu, a disociat o traumă cu viol anal petrecut în timpul unui jaf al magazinului, deoarece imaginea de om subjugat și umilit în acea situație era complet nepotrivită cu aceea de director care putea „controla" orice situație.

Amnezia disociativă, fuga disociativă, tulburarea de identitate disociativă și tulburarea acută de stres (clasificată la tulburările de anxietate [v. Capitolul 9]) au rădăcini psihodinamice comune. Amnezia disociativă presupune unul sau mai multe episoade în care subiectul este incapabil să-și amintească o traumă personală importantă; fuga disociativă implică plecări subite și neașteptate de acasă asociate cu incapacitatea de a-și aminti trecutul personal și confuzia asupra propriei identități. Tulburarea de identitate disociativă (TID), cunoscută mai demult ca tulburare de personalitate multiplă, implică prezența a două sau mai multe identități distincte, fiecare înzestrată cu propriul model perceptiv relativ solid legat de mediu și de Sine. Cel puțin două dintre aceste identități sau stări de personalitate trebuie să ia în mod repetat controlul comportamentului persoanei respective. TID este caracterizată și de o pată albă în rememorarea unor date personale importante, care este prea mare pentru a fi explicată prin acel obișnuit „am uitat".

Toate aceste afecțiuni sunt adesea diagnosticate greșit. De exemplu, un caz tipic de TID a avut nevoie de aproximativ 7 ani de tratament pentru a se pune diagnosticul (Loewenstein și Ross, 1992; Putnam et al., 1986). Diagnosticul de TID este foarte problematic, deoarece 80% dintre pacienți au doar anumite „ferestre de diagnostic cabilitate" în timpul cărora afecțiunea lor este clar de distins pentru clinicieni (Kluft, 1991b). Rigoarea diagnostică a fost ameliorată de SED, care poate fi eficient folosită pentru identificarea pacienților cu risc înalt. Cu toate acestea, un diagnostic definitiv necesită folosirea unor interviuri structurate, precum Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările Disociative (Steinberg et al., 1991).

Amnezia disociativă este poate cea mai des întâlnită tulburare disociativă (Coons, 1998), însă diagnosticul ei este complicat adesea de faptul că aproape toți pacienții care suferă de această afecțiune prezintă concomitent și alte tulburări psihiatrice. Mai mult, dacă nu sunt întrebați

direct, mulți dintre ei nu vor raporta episoade de amnezie tocmai din cauza naturii episoadelor amnestice. Pacientul poate simți că oricine are mici goluri de memorie, motiv pentru care amneziile lui nu îi vor părea semnificative sau demne de povestit medicului.

Allen et al. (1999) au încercat să facă deosebirea între problemele reversibile ale scăpărilor de memorie asociate cu TID și cu amnezia disociativă și discontinuitățile mnezice ireversibile (în care amintirile autobiografice nu erau codate și, prin urmare, nu mai puteau fi recuperate) asociate cu detașarea disociativă. Există riscul de supradiagnosticare a TID dacă toate golurile de memorie apărute sunt atribuite amneziei disociative, care presupune amintiri recuperabile.

Cazurile mediatizate de TID nu reflectă faptul că cei majoritatea pacienților cu această afecțiune sunt foarte rezervați și preferă să-și mascheze simptomele. Stările disociative separate ale Sinelui sau „personalitățile alternative" sunt mai întâi desfășurate adaptativ în încercarea copilului abuzat de a se distanța de experiența traumatică. Personalitățile alternative își câștigă curând forme secundare de autonomie, iar pacientul poate prezenta convingerea cvasidelirantă că acestea sunt niște entități separate. Personalitatea pacientului chiar este formată din suma tuturor acestor personalități, iar Putnam (1989) a arătat că personalitățile alternative sunt stări foarte discrete ale conștiinței, care sunt organizate în jurul unui afect prevalent, unui simț al Sinelui și al unei imagini a corpului, în jurul unui repertoriu comportamental limitat și al unui set de amintiri dependente de starea de spirit. Vechea denumire de tulburare de personalitate multiplă era derutantă, deoarece problema fundamentală a acestei afecțiuni nu este starea în care există mai mult de o personalitate, ci starea în care există mai puțin de o personalitate (Spiegel și Li, 1997).

Se crede că TID este una dintre afecțiunile psihiatrice cauzate măcar parțial de traume. Deși unii specialiști au sugerat că factorii genetici ar avea și ei un cuvânt de spus și că influența traumelor din copilărie a fost supraevaluată, există din ce în ce mai multe dovezi că abuzul sexual în copilăria mică are un rol esențial în unele afecțiuni psihiatrice. Într-un studiu australian efectuat pe gemeni (Nelson et al., 2002), femeile abuzate sexual în copilărie prezentau un risc foarte mare pentru depresie, suicid, tulburări de comportament, dependență de alcool și de nicotină, anxietate socială, viol după vârsta de 18 ani și divorț. Ca și alte studii cu număr mare de subiecți (Browne și Finkelhor, 1986), acesta a arătat că unele forme de abuz sexual în copilărie sunt mai patogene decât altele. Cel mai mare risc pentru o patologie consecutivă a fost asociat cu forme de abuz sexual infantil implicând actul sexual. Această cercetare a demonstrat că și bărbații abuzați sexual prezintă un risc mai mare pentru consecințe negative pe termen lung, la fel ca și femeile abuzate.

Chiar dacă trauma intervine mai târziu, în adolescență, au fost demonstrate o mulțime de rezultate psihosociale negative (Silverman et al., 2001). Violența fizică și cea sexuală sunt asociate cu un risc crescut pentru abuz de substanță, pentru comportamente nesănătoase legate de controlul greutății, de exemplu abuzul de laxative și voma provocată, comportamente sexuale riscante, suicid și sarcini la vârsta liceană. MacMillan et al. (2001) au arătat că un lot de 7 016 rezidenți din Ontario care au completat un chestionar asupra abuzului sexual în copilărie au prezentat o tendință clară pentru rate mai mari de afecțiuni psihiatrice specifice corelate cu incidența abuzului fizic în copilărie. Printre acestea s-au numărat rate mai mari pe durata vieții de tulburări de anxietate, abuz și dependență de alcool și comportament antisocial. În plus, femeile, dar nu și bărbații, cu istoric de abuz fizic au prezentat rate mai mari de depresie majoră și abuz de droguri, comparativ cu femeile fără istoric de abuz.

Cei mai mulți specialiști sunt totuși de acord că numai trauma nu este suficientă pentru a provoca TID. Kluft (1984) a propus o teorie etiologică cu patru factori: 1) capacitatea de a disocia defensiv în fața traumei trebuie să fie prezentă, 2) experiențele de viață traumatice și copleșitoare, cum sunt abuzul fizic și cel sexual, depășesc capacitățile adaptative și operațiunile defensive obișnuite ale copilului, 3) formele precise luate de apărările disociative în procesul formării personalității alternative sunt determinate de influențe modelatoare și de substraturi disponibile și 4) contactul consolator și recuperator cu persoanele apropiate nu este disponibil, astfel încât copilul trăiește o profundă inadecvare a barierelor stimulului.

O implicație clară a modelului etiologic cu patru factori este aceea că trauma este necesară, dar nu suficientă pentru a produce TID. Cu riscul de a spune ceva evident, nu orice persoană abuzată sexual în copilărie dezvoltă TID. Gândirea psihodinamică are o contribuție semnificativă la crearea premiselor înțelegerii noastre asupra factorilor care declanșează sindromul în toată spectaculozitatea lui. Conceptele de conflict intrapsihic și deficit intrapsihic sunt relevante pentru TID așa cum sunt și pentru alte afecțiuni (Marmer, 1991). Experiențele traumatice pot fi datorate unei varietăți de conflicte generate de probleme precum vina de a fi complice abuzatorilor sau vina pentru excitarea sexuală cu un obiect incestuos.

Mai mult, disocierea poate apărea în absența traumei la indivizii sugestibili și cu înclinații fantasmatice importante (Brenneis, 1996; Target, 1998). De aceea, prezența disocierii nu confirmă ea singură un istoric traumatic în copilărie. Există posibilitatea ca disocierea să aibă un rol mediator între trauma din copilăria mică și dezvoltarea unor afecțiuni psihiatrice severe. Un studiu efectuat asupra a 114 copii și adolescenți instituționalizați (Kisiel și Lyons, 2001) a descoperit că

disocierea era mult mai strâns legată de abuzul sexual decât de cel fizic. De asemenea, acești cercetători au arătat că disocierea era asociată cu mai multe simptome cu comportamente mai frecvente de asumare de risc și cu o funcționare mai deficitară. Cu alte cuvinte, este posibil ca disocierea să aibă o mare importanță ca factor predictiv sau ca mediator al unor simptome psihiatrice severe.

Nash et al. (1993) au insistat asupra faptului că studiile retrospective asupra femeilor care au raportat un abuz în copilărie nu pot stabili definitiv relația cauză–efect între traumă și simptomele psihologice în viața adultă. În analiza pe care au făcut-o studiilor în încercarea de a determina efectele nocive ale abuzului, acești cercetători au tras concluzia că mare parte a psihopatologiei adulte observată la victimele abuzului sexual în copilărie este asociată cu o patogenitate generală a mediului familial. Ei au subliniat totuși faptul că abuzul sexual în sine face copilul vulnerabil, trăindu-și simțul de Sine și al propriului corp ca inadecvat și rănit. Deși Nash și colegii lui (1998) nu au prezentat argumentul că victimizarea sexuală este irelevantă în absența problemelor din sânul familiei, ei au subliniat că au o „atitudine foarte sceptică în privința relativului merit al teoriilor traumagenice ale psihopatologiei care atribuie consecințe acute și, mai ales, de lungă durată ale traumei, pentru evenimentele izolate și obiectiv definite, fără a lua în calcul mediatorii sociali și cognitivi din viețile supraviețuitorilor" (p. 570).

Teoria atașamentului are multe de oferit în înțelegerea impactului diferențial al abuzului sexual în copilărie. Într-un studiu efectuat pe 92 de femei adulte, victime ale incestului (Alexander et al., 1998), stilul de atașament și severitatea abuzului par fiecare să aibă contribuții semnificative în predicția simptomelor posttraumatice și a disconfortului, ca și pentru prezența tulburărilor de personalitate. Severitatea abuzului nu a fost corelată semnificativ cu atașamentul în viața adultă. În acest grup investigat, atașamentul securizant a fost mai mare la femeile abuzate de o figură paternă decât la femeile abuzate de altcineva. Doar intruzivitatea gândurilor asupra abuzului și evitarea amintirilor abuzului, ambele simptome clasice de TSPT, pot fi explicate integral prin severitatea traumei. Cercetătorii au ajuns la concluzia că experiența specifică a abuzului și contextul relațional par să aibă efecte distincte asupra funcționării pe termen lung a victimelor incestului. Unele dintre cele mai devastatoare și mai îndelungate efecte ale incestului sunt legate, se pare, de contextul familial și de semnificația atribuită de pacient relațiilor intime în general.

Atașamentul copilului este influențat aproape în întregime de relația sa cu părinții și este relativ independent de influențele genetice (Fonagy, 2001; Fonagy et al., 1991a, 1991b). Modelele mintale de atașament ale viitorilor părinți prezic modelele consecutive de atașament între copil și mamă, respectiv între copil și tată. Fiecare părinte are un model intern

operativ de relaționare care pare să determine capacitatea acestuia de a genera atașamente securizante copiilor — în opoziție cu nesigure. Mai mult decât atât, capacitatea mamei de a se reflecta în starea mintală a unei alte ființe umane se pare că are rol predictiv în relația în evoluție dintre copil și părinte. Părinții care folosesc constructe de tipul reprezentărilor interne ale relațiilor de atașament au o probabilitate de 3–4 ori mai mare de a securiza copiii, decât părinții a căror capacitate reflexivă este săracă.

Această cercetare asupra traumei și atașamentului ne poate ajuta să înțelegem unele dintre dificultățile întâmpinate de pacienții sever traumatizați ca rezultat al capacității lor reduse de a gândi reflexiv asupra propriei persoane și asupra experiențelor relaționale. Acești pacienți fac față intolerabilei perspective de a reflecta la starea mintală a călăilor lor prin ruperea defensivă a descrierii sentimentelor și gândurilor (Fonagy, 1998). Cercetările asupra atașamentului confirmă și cei patru factori ai lui Kluft, sugerând posibilitatea încurajatoare ca victimele abuzurilor care pot mentaliza sau care au capacitatea de a înțelege natura reprezentațională a gândirii lor și a altora, adesea cu ajutorul unui adult grijuliu, să poată evita dezvoltarea unei psihopatologii severe.

Comportamentele autodistructive ale pacienților cu TID cer o explicație psihodinamică. Revictimizarea este un model comportamental pe care pacienții cu TID îl împărtășesc cu alte victime ale incestului și ale abuzului în copilărie (Browne și Finkelhor, 1986; Van der Kolk, 1989). Violul, prostituția și exploatarea sexuală de către terapeuți apar mai frecvent la victimele incestului decât la alți pacienți. Există unele diferențe legate de sex în acest model al recreării victimizării. Bărbații și băieții abuzați tind să se identifice cu agresorul lor și fac din alții victimele lor în viața adultă, în timp ce femeile abuzate se atașează de bărbați abuzivi și permit ca ele și copiii lor să fie victime în continuare (Carmen et al., 1984).

Adesea, copiii care cresc în mijlocul unor familii în care părinții abuzează de ei nu au persoane apropiate de care să se poată atașa pentru a atenua trauma. În absența unor asemenea persoane, victimele se întorc spre abuzatorii lor (Van der Kolk, 1989), iar acest model al relației de obiect persistă și în viața adultă, când își vor căuta parteneri care să continue „dansul" stabilit de ei în copilărie. Copiii abuzați încep să creadă că un părinte abuziv este mai bun decât deloc. Predictibilitatea unor asemenea relații îi ajută să se apere împotriva amenințării abandonului: nu mai e dracul așa de negru dacă știi cum arată. Repetiția relațiilor traumatice este și ea un exemplu de încercare de a controla activ traumele trăite pasiv. Victimele încearcă să aibă mai mult control asupra a ceea ce nu puteau controla deloc în copilărie.

Dimensiunile intergenerationale ale abuzului sexual sunt bine cunoscute (Carmen et al., 1984; Gelinas, 1986; Van der Kolk, 1989).

Părinții care își abuzează copiii tind să fie și ei victime ale unor abuzuri. În multe cazuri, acești părinți sunt afectați de faptul că inocența le-a fost furată la o vârstă atât de tânără. Pot fi profund invidioși pe inocența propriilor copii și astfel, prin abuzarea propriilor copii, atacă și strică ceea ce le-a fost stricat și lor (Grotstein, 1992).

Când pacienții cu TID își amintesc abuzul sexual din copilărie, se învinovățesc adesea pentru ceea ce li s-a întâmplat. Îi putem auzi numindu-se „târfe" care merită ceea ce au primit. În copilărie, cei mai mulți credeau că au primit o asemenea pedeapsă pentru că au fost răi sau pentru că s-au purtat greșit. Deși într-o anumită măsură vinovăția și rușinea pot fi explicate prin identificarea introiectivă cu părinții „răi", autoînvinovățirea poate fi și ea înțeleasă ca o încercare disperată de a da un sens acelei situații îngrozitoare. Dacă își mențin o bună capacitate de mentalizare, pot da un sens situației, convingându-se singuri că părinții lor sunt oameni buni, care pun mai presus de orice interesele copiilor lor. Faptul că părinții îi tratau în acel fel înseamnă că ei erau răi și o meritau. Când clinicienii au încercat să convingă acești pacienți că ceea ce s-a întâmplat nu a fost vina lor, pacienții se simțeau neînțeleși. Aici poate fi vorba de un aspect adaptativ la această postură, a victimelor abuzurilor, deoarece locul controlului este perceput ca intern mai degrabă decât extern și, ca rezultat, apare un sentiment mai diminuat de neputință (Van der Kolk, 1989).

Există o tendință generală în literatura despre TID de a acorda importanță felului în care disocierea este diferită de clivaj. Young (1988) notează că personalitățile alternative nu se polarizează în jurul unor stări contradictorii ale Eului, ci mai degrabă au multe caracteristici de suprapunere. Marmer (1991) a afirmat că dacă în disociere Sinele este clivat mai mult decât obiectele, reversul este valabil în tulburarea de personalitate borderline. Kluft (1991d) a subliniat faptul că disocierea diferă de clivaj în trei feluri: mai întâi, este asociată cu un proces psihobiologic de comutare; în al doilea rând, stările diferite care rezultă au caracteristici psihofiziologice semnificativ diferite; și, în cele din urmă, bariere amnestice sunt construite adesea între identitățile alternative. Davies și Frawley (1992) au făcut distincția între disociere și clivaj, afirmând că prima implică o scindare a stărilor Eului, în timp ce ultimul implică o separare a obiectului bun de obiectul rău — fapt subliniat și de Kluft (1991a).

O examinare atentă a mecanismelor disocierii și clivării sugerează faptul că au atât asemănări, cât și deosebiri (P. Lerner, „Câteva considerații asupra disocierii", manuscris nepublicat, 1992). Ambele sunt caracterizate de separare activă și compartimentalizare a conținuturilor mintale. Ambele sunt folosite pentru a ține la distanță sentimentele și experiențele neplăcute. Ambele subminează formarea unui simț al Sinelui armonios și continuu. Pe de altă parte, disocierea și clivajul

diferă în termeni de funcție a Eului care este afectată. Kernberg (1975) a arătat că toleranța la anxietate și frustrare și controlul impulsului sunt cu precădere lezate în clivaj. Prin contrast, în disociere sunt afectate memoria și conștiința. În ultimă instanță, disocierea este un mecanism mai vast decât clivajul — în disociere apar o sumedenie de divizări, nu simple separări în extreme polarizate cu valență afectivă.

Literatura care privește disocierea ce apare în TID este centrată aproape exclusiv pe divizări ale Sinelui, neglijând divizarea corespunzătoare a obiectelor asociate cu reprezentările Sinelui. Fairbairn (1940/1952) a fost primul care a insistat asupra faptului că de fapt copilul internalizează nu un obiect, ci o relație de obiect. Davies și Frawley (1992) au luat în considerare acest aspect atunci când au arătat că disocierea este nu doar o apărare, ci și un proces care protejează și păstrează întreaga lume a obiectelor interne ale copilului abuzat într-o formă clivată. Grotstein (1992), urmându-l pe Fairbairn, ajunge la concluzii asemănătoare:

> Toate clivajele mintale sunt bazate în ultimă instanță pe divizarea percepțiilor și a experiențelor în raport cu obiectele — și a Sinelui legat de fiecare dintre ele. Astfel, disocierea care este caracteristica tulburării de personalitate multiplă constituie, din acest punct de vedere, o divizare a Eului în clivaje verticale bazate pe corespunzătoare clivaje verticale în experiențele incompatibile ale obiectului. (p. 68)

Una dintre implicațiile practice ale acestei conceptualizări este aceea că fiecare identitate alternativă prezintă un Sine în relația cu un obiect intern fantasmat. Brenner (2001) arată că aceste constelații ale Sinelui, ale Sinelui intern și ale relațiilor de obiect pot corespunde și unor niveluri diferite ale patologiei caracteriale. El a postulat un continuum al acestor niveluri caracterologice cu nivelul mai de jos al caracterului disociativ reprezentând clasicul pacient cu „personalitate multiplă". Un nivel intermediar al caracterului disociativ are un set mai integrat de funcții intrapsihice. El a mai remarcat și că există un nivel superior al caracterului disociativ, în care stările alterate ale conștiinței dau naștere unor tulburări de identitate minime.

10.2.2. Considerații asupra tratamentului

Psihoterapia pacienților cu TID sau cu alte tulburări disociative este în general lungă și dificilă. Nu există o terapie scurtă adaptată acestor afecțiuni. Pentru a avea succes, psihoterapia TID trebuie să înceapă prin stabilirea unui cadru de tratament ferm și securizant. Datorită istoricului de abuz în copilărie al acestor pacienți, detalii de tipul lungimii ședin-

ţelor, plăţii acestora, orarului şedinţelor şi folosirii cuvintelor mai degrabă decât a atingerii trebuie bine stabilite de la început. O alianţă terapeutică puternică este crucială pentru continuarea tratamentului, iar aceasta poate fi obţinută mai uşor dacă empatizăm cu experienţa subiectivă a pacienţilor în timpul fazei de deschidere a terapiei.

O temă comună a pacienţilor care au prezentat traume în copilărie, mai ales a victimelor incestului, este dificultatea de a discerne cine ce face şi pentru cine. De exemplu, o fată care a avut o relaţie incestuoasă cu tatăl ei începe să se vadă în rolul de persoană care gratifică nevoile tatălui. Tatăl ei poate considera că îşi învaţă fiica ceva. În plus, fiica poate simţi că este foarte specială pentru tatăl ei, întrucât acesta a ales-o ca unic obiect al dorinţei lui. În acelaşi timp, ea poate resimţi un conflict puternic din cauza unor asemenea sentimente. Ea se aşteaptă ca părinţii să fie atenţi la nevoile copiilor lor, însă experienţa ei dovedeşte contrariul. Ea simte că trebuie să se adapteze nevoilor părinţilor. Va începe psihoterapia cu aceeaşi senzaţie de confuzie: cine face ce, pentru cine în cadrul terapeutic?

O asemenea pacientă ar fi desigur sceptică faţă de ideea că terapeutul este acolo pentru a o ajuta sau pentru a avea grijă de ea. Poate exista multă neîncredere faţă de ce se va întâmpla cu adevărat, dacă ea se va apăra şi impune. Poate că ea va încerca doar să-şi imagineze ce vrea terapeutul şi va încerca să-i satisfacă lui nevoile, nu pe ale ei.

Cea mai importantă provocare a terapeutului este aceea de a stimula simţul puterii de sine a pacientului. Cu alte cuvinte, terapeutul trebuie să ajute pacientul să recunoască faptul că recreează activ modele din trecut în prezent. Într-o recentă reexaminare a dnei Emmy von N, subiectul primului caz de isterie publicat de Freud, Bromberg (1996) a făcut următoarea observaţie: „Nu tratăm pacienţi precum Emmy pentru a-i vindeca de ceva ce li s-a făcut în trecut; încercăm mai degrabă să-i vindecăm de ceea ce continuă să-şi facă lor înşişi şi altora, pentru a învinge ceea ce li s-a făcut în trecut" (p. 70).

Intervenţiile interpretative trebuie folosite cu economie în cazul pacienţilor cu TID, mai ales în fazele incipiente ale terapiei. Pacienţii traumatizaţi trăiesc adesea interpretările ca o provocare a simţului lor al realităţii (Gabbard 1997). Deşi interpretarea patologiei bazate pe conflict se învârte în jurul unei semnificaţii ascunse pe care terapeutul încearcă să i-o dezvăluie pacientului, pacientul sever traumatizat se simte adesea retraumatizat şi invalidat de această abordare. Killingmo (1989) a recomandat intervenţiile afirmative pentru a îndepărta îndoielile acestor pacienţi. Afirmaţia că pacienţii au dreptul să simtă ceea ce simt poate servi la construirea unei alianţe solide, creîndu-se în acest fel un climat în care interpretările pot fi auzite şi evaluate.

Există un larg consens printre clinicienii care scriu despre tratamentul TID, şi anume acela că o bază principială solidă în psihoterapia

psihodinamică este esențială pentru succesul tratamentului (Allen, 2001; Ganaway, 1989; Kluft, 1991b; Loewenstein și Ross, 1992; Marmer, 1991). Doar catharsisul și abreacția nu vor avea ca rezultat integrarea sau recuperarea. De fapt, repetarea traumei la nesfârșit în terapie poate chiar accentua preocuparea pacientului cu trauma și fixarea pe ea (Van der Kolk, 1989). Fără o înțelegere completă a principiilor psihodinamice, terapia poate ajunge în impasul de „status abreacticus" (Ganaway, 1992).

Atenția la conceptele psihodinamice precum transferul, rezistența, contratransferul și perlaborarea este necesară pentru a ajunge la o recuperare satisfăcătoare. O caracteristică a tratamentului pacienților cu TID este aceea că sunt extrem de loiali obiectului intern și rezistenți la renunțarea la acest atașament prin procesele de integrare și doliu. Este necesară o intensă perlaborare pentru slăbirea legăturii tenace cu acest puternic obiect introiectat. Clinicienii trebuie să-și amintească faptul că în multe cazuri de traume în copilărie abuzatorul poate fi un părinte sau o altă persoană apropiată care are grijă de el, spre care copilul se îndrepta căutând protecție și siguranță (Allen, 2001)!

Când un pacient cu TID prezintă diferite identități în cadrul clinic, terapeutul trebuie să le trateze efectiv ca pe aspecte ale unei singure persoane. Mai mult, terapeutul trebuie să fie atent la momentul în care o identitate alternează cu alta și să încerce să analizeze cu pacientul ce anume a precipitat această comutare. Disocierea în contextul terapiei este în general o fugă defensivă de ceva care produce durere sau anxietate. Această nevoie de a fugi îi poate fi conștientizată în ultimă instanță pacientului.

Terapia psihodinamică a pacienților cu tulburări disociative severe este adesea compromisă de lipsa de mentalizare a acestora. Gândirea lor poate fi blocată într-un mod psihic de echivalență și ar putea să nu fie capabili să simtă natura de „ca și cum" a transferului. Cu alte cuvinte, pacienții cu TID ar putea să nu fie capabili să facă diferența între percepția terapeutului ca o reprezentare și felul în care este el în realitate. Ei încep să creadă că percepțiile lor sunt mai degrabă fapte absolute decât idei cu care se pot „juca" și care pot fi înțelese. Mai mult, percepția asupra propriilor persoane poate fi „blocată" în același fel; rolul lor ca victime pasive ale traumei poate fi privit ca „de bază" (Gabbard, 1997).

Dimensiuni contratransferențiale

Puține afecțiuni creează reacții contratransferențiale de intensitatea celor întâlnite la pacienții cu TID. Ganzarain și Buchele (1988) au subliniat faptul că acasă victimele incestului sunt tratate adesea fie ca

favoriți, fie ca obiecte ale violenței și sadismului. Reacții la fel de intense, polarizate în aceleași direcții, apar în tratamentul pacienților adulți cu TID. Mare parte a reacției emoționale la acești pacienți este asociată cu o dialectică ce implică credința în opoziție cu scepticismul. La o extremă, mulți psihiatri clinicieni tot nu cred că TID este pur și simplu o boală psihiatrică. Unii clinicieni consideră afecțiunea creată iatrogen de terapeuții creduli care folosesc greșit hipnoza.

La cealaltă extremă, unii terapeuți cred fără discernământ tot ceea ce le spun pacienții cu TID, indiferent cât de ciudat sună. Ei încep să fie fascinați de această boală și își pierd complet simțul măsurii profesionale. Încearcă să iubească pacientul pentru a-l însănătoși și pentru a fi un părinte mai bun decât părinții lui. Ei pot aborda pacienții cu o mentalitate de „chimney sweeping" a nesfârșitei forțări a abreacției amintirilor traumatice, cu speranța naivă că pacientul va fi bine o dată ce l-au „curățat". Următoarea vinietă terapeutică ilustrează acest model:

> Dna P era o femeie de 26 de ani cu TID, care fusese trimisă unei secții specializate în tulburări disociative după ce urmase o terapie timp de un an cu un terapeut bărbat, care nu raportase nici o ameliorare în suicidalitatea și tendința la automutilare a pacientei, în ciuda tratamentului. Frecvența terapiei fusese de 5–6 ședințe pe săptămână, pe parcursul anului de tratament. Când pacienta a avut nevoie de spitalizare, terapeutul a petrecut ore întregi cu pacienta într-o cameră izolată, abreacționând amintirile traumei din trecut. A permis ca nota de plată a pacientei să se mărească până la câteva mii de dolari, pentru că nu îi ceruse să plătească timp de mai multe luni. Terapeutul a mai mărturisit că el și pacienta scriau împreună o carte despre tratament.
>
> După spitalizarea dnei P în secția de tulburări disociative la care fusese trimisă, ea a început să dea la iveală povești oribile despre abuzul cultului satanic asupra ei în trecut. A furnizat detalii sinistre despre sacrificii umane și a avut reacții afective puternice la care nu puteai să nu te uiți. Și-a „amintit" că a fost „animal de prăsilă" pentru cult, pentru ca acesta să aibă copii de sacrificat. A spus că, după ce a născut copiii, membrii cultului i-au tocat prin mașina de tocat carne și i-au amestecat cu pământul folosit în grădina lor pentru a nu se putea găsi dovezi despre crimă. Când dnei P i s-a făcut un examen ginecologic, s-a descoperit că nu născuse niciodată.
>
> Medicul însărcinat cu tratamentul dnei P a chemat terapeutul ei anterior pentru a-i arăta ce a descoperit. Cu toate acestea, terapeutul a ignorat dovada ginecologică și a spus că este foarte important pentru personal să o creadă pe aceasta. A mai spus că dacă personalul nu crede ce spune ea, nu face altceva decât să repete trauma din trecut, atunci când adulții nu îi credeau poveștile despre abuz.

Întrebarea dacă amintirile traumei sunt corecte se poate polariza într-o controversă „sau/sau" care ignoră marea zonă de mijloc în care acționează clinicienii abili, specializați în psihodinamică. Cei mai mulți pacienți abuzați au amintiri foarte clare și persistente pe toată durata

vieții și, în aceste cazuri, terapeutul poate empatiza cu experiențele lor și poate explora sensurile personale specifice ale traumei.

Când amintirile revin în timpul terapiei, terapeutul și pacientul pur și simplu nu știu cât de exacte sunt. Cercetări amănunțite au sugerat că memoria nu este o înregistrare fixă a experienței, inextricabil prinsă în minte, așa cum un eveniment este surprins pe pelicula de film. Într-adevăr, noi sinteze proteice apar de fiecare dată când o amintire a unei experiențe este regăsită (LeDoux, 2002). Revenirea unei amintiri seamănă mai mult cu o producție teatrală în care fiecare reprezentație diferă puțin de cea anterioară. Nu există o pură recapitulare sau retrăire a trecutului, doar reconstrucții bazate pe semnificațiile individuale pe care pacientul le atribuie evenimentului (Edelman, 1992; Modell, 1996; Novick și Novick, 1994).

Amintirile pot fi reale, dar inexacte (Barclay, 1986). Așa cum au sugerat Spiegel și Scheflin (1994), o amintire poate avea detalii false, dar poate avea totuși ca sursă un incident real. Percepția și memoria sunt întotdeauna procese active de construire. Nu ne putem imagina o amintire care să nu fie influențată de observator. De aceea, există un spectru mai larg de acuratețe al amintirilor observate clinic, care merg de la amintiri complet false induse de terapeuți fie slab pregătiți, fie lipsiți de limite până la amintiri de o acuratețe rezonabilă, ale căror detalii sunt mai mult sau mai puțin intacte (v. Tabelul 10–1). Între aceste două extreme găsim un continuum care implică diverse grade de acuratețe (Allen, 1995).

În lucrarea lui din 1914, *Amintirea, repetarea și perlaborarea*, Freud nota că ceea ce pacientul nu își poate aminti este repetat în cadrul analitic (Freud 1914/1958). El se referea la modele ale relațiilor de obiect inconștiente, internalizate, care se dezvăluie în fața ochilor analistului, deoarece pacientul nu și le amintește și nu poate vorbi despre ele.

Diferențele dintre sistemele memoriei implicite versus ale memoriei explicite și dintre sistemele memoriei procedurale versus ale memoriei

Tabel 10–1. Spectrul de acuratețe al amintirilor traumei.

Cu istoric de traumă
Continue/clare, cu confirmare
Întârziate/fragmentate, cu confirmare
Continue/clare, fără confirmare
Întârziate/fragmentate, fără confirmare
Exagerate/distorsionate
Fără istoric de traumă
False amintiri — reconstruite de pacient
False amintiri — sugerate de terapeut

Sursă. Bazat pe Allen, 1995

declarative sunt relevante pentru observațiile lui Freud (Clyman, 1991; Squire, 1992). Așa cum am arătat în Capitolul 1, memoria explicit-declarativă implică povești autobiografice din viața cuiva. Când trauma are loc înainte de vârsta de 3–4 ani, este posibil să nu fie amintită în sistemul memoriei explicite, dar poate fi codată în sistemul memoriei procedurale implicite (v. Tabelul 1–1 din Capitolul 1). Trauma care are loc după vârsta de 4 ani este reținută de obicei, într-o oarecare măsură, în memoria explicită, deși cercetările arată că unii adulți nu sunt capabili să-și amintească abuzul sexual din copilărie sau alte traume pe perioade foarte lungi (Allen, 2001; Brown et al., 1998; Williams, 1994).

Repunerile în act traumatice par să fie declanșate de memoria procedurală implicită (Siegal, 1995). În această categorie sunt incluse multe puneri în act de transfer-contratransfer la care se referea Freud când spunea că amintirile sunt mai degrabă repetate decât verbalizate. Cu alte cuvinte, relațiile de obiect intern inconștient sunt stocate în sistemul memoriei implicite și apar în terapie în modul în care pacientul relaționează cu terapeutul (Gabbard, 1997; Target, 1998). De aceea, tipul de date care se dezvăluie în drama psihologică dintre terapeut și pacient nu este ușor de obținut prin alte mijloace. Prin intermediul proiecției și introiecției dintre terapeut și pacient, terapeutul are o perspectivă unică asupra trecutului pacientului și a lumii sale interioare. Deși terapeutul nu poate ști cu siguranță dacă amintirile implicite care ies la iveală în relația dintre terapeut și pacient oferă o privire plină de acurateţe asupra a ceea ce s-a întâmplat în copilăria pacientului, asemenea amintiri pot măcar să arate ce a trăit copilul în acea perioadă, inclusiv fantasmele lui despre interacțiuni.

Cu această nouă înțelegere a memoriei, considerăm acum cercetarea arheologică a unor relicve convingătoare din trecutul îngropat a fi o strategie greșită în terapie. Această abordare este adesea o formă de convenție contratransferențială cu pacientul pentru evitarea exprimării directe a agresivității sau mâniei acestuia față de terapeut și a identificării terapeutului cu introiectul abuziv, fenomen pe care l-am numit „dezidentificarea cu agresorul" (Gabbard, 1997, p. 7). Folosirea unei asemenea abordări poate presa pacientul să vină cu amintiri ale abuzului care pot reflecta de fapt doar senzația inconștientă a pacientului că este invadat de terapeut (Brenneis, 1997). Altă dificultate apărută din cauza stimulării pacientului să își reamintească diverse lucruri este aceea că, în cazurile de detașare disociativă, amintirea este posibil să nici nu fi fost codată, așa încât ceea se se regăsește este o amintire confabulată sau construită, asociată cu efortul pacientului de a mulțumi terapeutul prin producerea unui material semnificativ pentru tratament.

Mai mult, o schimbare în memoria autobiografică sau explicit declarativă nu pare să fie necesară pentru progresul terapeutic. Terapeutul

observă și interpretează punerile în act inconștiente alimentate de modele la fel de inconștiente ale relațiilor de obiect intern. Amintirile coerente cu aceste modele pot fi activate secundar, dar reîntoarcerea lor este mai bine de văzut ca un simplu epifenomen, iar acuratețea lor este imposibil de certificat (Fonagy și Target, 1997; Gabbard, 1997). Ceea ce pare să fie critic este schimbarea modului de a trăi cu sine și cu ceilalți, ca rezultat al insight-ului pacientului asupra acestor modele anterior inconștiente. În plus, pot apărea inconștient schimbări, atunci când interacțiunea cu terapeutul este internalizată.

Terapeutul trebuie să lămurească pacientul că recuperarea amintirilor traumatice nu este scopul psihoterapiei. Disfuncția memoriei tipică pacienților cu tulburări disociative face din aceștia niște subiecți prea puțin doriți de terapiile centrate pe recuperarea memoriei. Un scop mult mai rezonabil este să ajutăm pacienții să-și recupereze funcțiile mintale normale, mai ales capacitatea de a reflecta și de a mentaliza, pentru a putea să dezvolte o reprezentare mult mai coerentă a lor înșiși și a altora. În contextul unei relații de atașament puternic cu terapeutul, pacientul traumatizat poate beneficia de pe urma capacității terapeutului de a reflecta la ceea ce se întâmplă între ei. În cele din urmă, pacienții pot internaliza procesul reflexiv al terapeutului și pot deveni capabili să readucă aspecte disociate ale lor în conștient, pentru a trăi un sentiment intens de continuitate. Integrarea personalităților alternative este posibilă numai în puține cazuri de TID.

Terapeutul trebuie să evite rolul de „arbitru al adevărului istoric". Ceea ce își amintesc pacienții este întotdeauna un amestec de realitate și fantasmă (Arlow, 1969; Gediman, 1991; Grotstein, 1992). Terapeuții trebuie să asculte materialul cu o atitudine necritică, plină de curiozitate, și fără să fie constrânși să dea un verdict de adevăr absolut sau fals spuselor pacientului. Kluft (1988) a avertizat clinicienii să evite „expresia de fascinație, surpriză, încântare, disperare, neîncredere sau exprimarea oricărei opinii care ar putea determina personalitățile alternative să simtă nevoia de a-și demonstra autenticitatea" (p. 53).

Un mod util de a privi dezvoltarea transferului-contratransferului în psihoterapia TID este conceptualizarea lor ca episoade ale unei drame în desfășurare cu patru personaje principale: o victimă, un abuzator, un salvator omnipotent idealizat și o mamă neimplicată (Davies și Frawley, 1992; Gabbard, 1992). Aceste caractere oscilează în diferite perechi complementare între pacient și terapeut în timpul punerilor în act transferențial-contratransferențiale care se dezvoltă în psihoterapie. Primele trei personaje din distribuție — victima, abuzatorul și salvatorul omnipotent idealizat — interacționează după un model predictibil care reprezintă o convergență a contratransferului în sens restrâns și contratransferului în sens larg via identificare proiectivă. Atunci când istoria unei victimizări erupe într-un pacient, ceva puternic stârnește senti-

mente de compasiune în terapeuți, care-i fac să încerce să repare vătămarea, devenind părinții buni pe care pacientul nu i-a avut.

Această paradigmă salvator–victimă cu care începe adesea psihoterapia este încărcată de probleme. Pacientul probabil că nu va vedea motivele terapeutului în același fel ca el. Pacienții abuzați în copilărie presupun adesea că oricine va abuza de ei, pentru că nu au nici un motiv să gândească altfel. Din această perspectivă, pacienții sunt inevitabil neîncrezători la asigurările terapeuților care afirmă că nu își vor abuza niciodată pacienții. Asigurările repetate îi vor face poate pe terapeuți să se simtă mai bine, dar rareori pe pacienți. Profesiile care implică îngrijirea cuiva sunt principial suspecte la pacienții care au fost exploatați sub pretextul că sunt iubiți.

Cei mai mulți pacienți cu TID nu au beneficiat de dezvoltarea în granițe generaționale și limite întărite de părinți eficienți și grijulii. Ei trăiesc adesea granițele profesionale ale situației terapeutice ca forme crude de constrângere și control. Pot cere dovezi de afecțiune, cum ar fi prelungirea ședințelor, contactul fizic, confidențe din partea terapeutului, disponibilitatea fără limite a acestuia. Dacă terapeutul începe să „facă ore suplimentare" pentru a-i satisface cererile, eforturile lui vor fi zadarnice. Încercarea de a deveni un substitut de părinte scurtcircuitează nevoia pacientului de a face doliu și ridică false speranțe că o relație parentală este realizabilă doar dacă pacientul găsește persoana potrivită.

Când terapeutul încearcă să gratifice cererea din ce în ce mai mare de dovezi de grijă a pacientului, sentimentul acestuia din urmă că are drepturi este activat. Tratamentul celor mai mulți pacienți cu TID scoate la iveală mai devreme sau mai târziu convingerea lor ascunsă că sunt îndreptățiți la o compensație în prezent pentru abuzul suferit în trecut (Davies și Frawley, 1992). Pentru că cererile devin din ce în ce mai numeroase, terapeutul se poate simți în curând presat. Prin procesele de identificare proiectivă și introiectivă, distribuția personajelor s-a schimbat, terapeutul devenind o victimă, iar pacientul un abuzator. Introiecțiile abuzive sau răuvoitoare care se află în pacient au pus stăpânire pe el în timp ce Sinele-victimă al pacientului este proiectat în terapeut. Mai mult, terapeuții pot crea un teren favorabil acestei identificări cu reprezentarea Sinelui pacientului/victimei, ca rezultat al sentimentelor de vinovăție asociate resentimentelor lor din ce în ce mai mari și sentimentului de ură față de pacient. Pacienții pot simți dezvoltarea acestor sentimente și își vor acuza terapeutul că nu îi pasă de ei. În efortul de a-și nega resentimentele față de cererea de a face mult prea mult și de a merge prea departe, terapeuții încearcă și mai asiduu să demonstreze că sunt bine intenționați. În asemenea momente, terapeuții pot simți că au fost „descoperiți" și vor reacționa încercând să-și mascheze iritarea. Cunoașterea propriilor limite poate fi cea mai bună soluție terapeutică de a controla sentimentele de contratransfer atunci

când lucrurile ajung în acest punct (Gabbard, 1986; Gabbard și Wilkinson, 1994).

Al treilea act al dramei se derulează în anumite situații, când cererile din ce în ce mai mari ale pacientului sunt acompaniate de eforturi din ce în ce mai mari ale terapeutului de a le gratifica. De pe culmile disperării date de eșecul eforturilor terapeutice, terapeuții pot recurge la încălcări drastice ale limitelor cu pacientul, lucru care, de fapt, va repeta abuzul din copilărie. Terapeutul a devenit abuzatorul, pacientul aflându-se încă o dată în rolul de victimă. Cea mai tragică — și, din nefericire, cea mai frecventă — manifestare a acestei a treia paradigme este contactul sexual deschis între terapeut și pacient. Alte exemple comune sunt abuzul verbal sadic al pacientului, încercarea de a alina pacientul ținându-l pe genunchi și „re-parentarea" pacientului, acceptarea pacientului în ieșirile de familie ale terapeutului și așa mai departe. În asemenea situații, furia terapeutului față de faptul că i s-a opus rezistență este adesea complet negată. Ceea ce a început ca o acțiune de salvare a sfârșit ca o repunere în act a exploatării și abuzului.

Mulți pacienți cu TID au o formă de neputință învățată, prin care cred că nici un efort pe care l-ar face nu le-ar putea schimba soarta. Ei presupun că, odată prinși în capcană, nu mai au scăpare. Acești pacienți nu au simțul controlului și nici nu știu să ceară ajutor. În acest sens, ei sunt ceea ce Kluft (1990) a numit „rațe care clocesc", desemnând toate formele de abuz și de violare a limitelor de către terapeuți care se folosesc de pacienți pentru a-și gratifica propriile nevoi.

Cele trei roluri, de victimă, abuzator și salvator omnipotent idealizat, sunt cele mai dramatice și mai evidente manifestări ale proceselor de introiecție-proiecție desfășurate în terapia cu pacienții cu TID. Cel de-al patrulea rol, al mamei neimplicate, se manifestă într-un fel mult mai subtil (Gabbard, 1992). Pacienții vor percepe adesea această *persona* în tăcerea terapeutului, care este interpretată ca indiferență și respingere. Ca răspuns la această percepție a indiferenței, pacientul va avea un sentiment de-a-nu-fi — sentiment descris de Bigras și Biggs (1990) ca „incest negativ" —, o senzație de gol sau de moarte legată de o mamă absentă care nu a încercat să intervină în relația incestuoasă dintre soțul și fiica ei.

Senzațiile de moarte sau de gol trăite de pacient pot da naștere unor senzații complementare de neputință și disperare la terapeut. Pot exista lungi perioade în psihoterapie în care pacientul rămâne distant față de terapeut și evocă în contratransfer sentimente de moarte sau de-a-nu-fi (Levine, 1990; Lisman-Pieczanski, 1990).

Următoarea vinietă terapeutică extrasă dintr-o ședință cu un pacient cu TID descrie identificarea contratransferențială cu mama neimplicată:

> DNA Q: Dacă aș putea pur și simplu să plec din spitalul ăsta blestemat, totul ar merge bine. Singura mea problemă este că urăsc să fiu închisă așa, îmi vine să mă mutilez.

TERAPEUTUL: Mă întreb totuși dacă privarea de libertate este într-adevăr singura dumneavoastră problemă. Sunt sigur că vă mutilați destul de mult și înainte de a veni la spital.

DNA Q: Dar am nevoie să îmi văd soțul și copiii. Nu înțelegeți? Nu vor fi lăsați să mă viziteze aici.

TERAPEUTUL: Ultima dată când v-au vizitat aici, ați avut apoi o tentativă serioasă de sinucidere.

DNA Q (*blândă*): Am vrut să-mi tai artera de la mână și să termin cu toate.

TERAPEUTUL: Păi, atunci, îmi imaginez că personalul spitalului n-ar dori să părăsiți structura și spațiul protejat al spitalului.

DNA Q: Am nevoie să încerc să ies de aici o perioadă. Mă gândesc că, dacă aș putea sta cu familia, în afara spitalului, mi-ar fi bine.

TERAPEUTUL: Ce veți face dacă anxietatea vă va copleși și veți simți nevoia să vă mutilați?

DNA Q (*foarte serioasă*): Aș putea să beau o bere sau două ca să mă liniștesc.

TERAPEUTUL: Este foarte important să vedeți că problemele dumneavoastră nu sunt exterioare. Purtați cu dumneavoastră problemele oriunde v-ați duce și, indiferent dacă sunteți închisă într-un spital sau stați acasă cu familia, tot nu veți scăpa de ele. Până nu veți face un efort ca să integrați și să înfruntați experiențele dureroase din trecut, veți continua să vă mutilați și să doriți să vă sinucideți.

DNA Q: Nu vreau să înfrunt durerea de a integra personalitățile. N-aș putea suporta.

TERAPEUTUL: Dar vă doare suficient acum. Poate fi mai rău?

DNA Q (*blând*): Nu știu, dar nici nu vreau să aflu.

Pentru că terapeutul nu a ajuns nicăieri cu această linie de raționament, a început să se simtă din ce în ce mai lipsit de puteri și somnoros. Alături de această somnolență, a simțit că se îndepărta din ce în ce mai mult de pacientă. A început să se uite la ceas și să-și dorească să se termine mai repede. A început să se gândească la ce va face în ziua respectivă. Chiar i s-a părut că nu-i mai pasă dacă pacienta va fi bine sau nu. Pacienta părea și ea că se îndepărtează din ce în ce mai mult de el. După ce a observat acest remarcabil gol empatic, terapeutul și-a dat seama că devenea mama absentă și neimplicată din copilăria pacientei. Eforturile lui de a ajuta fuseseră împiedicate și avea un profund sentiment de disperare și neputință, necrezând că se va mai putea schimba ceva. Se întreba dacă și mama pacientei s-a simțit la fel când și-a dat seama că a fost definitiv exclusă din legătura formată între fiica și soțul ei, necrezând, la rândul ei, că va mai putea schimba ceva.

Răspunsurile contratransferențiale cum este cel descris de terapeutul dnei Q pot reflecta și o identificare empatică cu sentimentul de-a-nu-fi din centrul Sinelui pacientului, ca replică la distanta identificare maternă din pacient (Gabbard, 1992). Vine un moment în psihoterapia pacienților cu TID când cererile pacienților sunt atât de copleșitoare, încât terapeuții se trezesc dorind ca aceștia să dispară sau să se ducă la altcineva pentru

tratament. În asemenea reacții putem intui cu ușurință identificarea cu mama neimplicată, iar terapeuții trebuie să știe și să fie atenți la faptul că asemenea convenții inconștiente pot duce la tentative de suicid din partea pacientului.

Stările primitive de moarte psihologică descrise în această paradigmă transferențial-contratransferențială pot avea legătură cu deprivarea maternă profundă care a compromis serios dezvoltarea simțului de sine la copil. În absența experienței îngrijirilor și mângâierilor materne, copilul s-ar putea să nu dezvolte sentimentul sigur al limitelor senzoriale. Automutilarea atât de frecventă la pacienții cu TID poate fi înțeleasă ca un mod de restabilire a limitelor la granița pielii pentru a controla anxietatea declanșată de pierderea limitelor integre ale Eului. Ogden (1989) a caracterizat acest mod de a genera experiență ca *poziție autist-contiguă*. În această stare primitivă, procesul de atribuire de sens experienței încetează. Terapeutul îi poate percepe pe pacienții cu TID ca fiind atât de închiși în această stare primitivă, încât devin inabordabili. Terapeuții pot trăi sentimente de neputință în fața anxietății pacienților declanșate de lipsa de integritate a corpului secundară deprivării experienței senzoriale intime cu mama.

Tratamentul în spital

În funcție de nivelul de organizare a Eului lor și de gradul de comorbiditate, mulți pacienți cu TID vor avea nevoie de spitalizare la un anumit moment al psihoterapiei (Kluft, 1991c).

Pacienții cu TID care se internează în secțiile de psihiatrie cu profil general intră adesea în rolul clasicului pacient „special" (Burnham, 1966; Gabbard, 1986). Ei sunt priviți atât de membrii personalului, cât și de ceilalți pacienți ca având relații speciale cu psihoterapeuții lor și devin adesea, în consecință, țapi ispășitori. Membrii mai sceptici ai personalului vor începe să se întrebe ce nume să folosească pentru pacient, dacă istoria de abuz este validă, dacă pacienții sunt responsabili pentru actele lor și multe altele. Lucrurile se vor înrăutăți dacă pacienții ceilalți vor reacționa prin neîncredere și dispreț atunci când pacientul cu TID neagă un comportament la care ceilalți au asistat.

Kluft (1991c) aduce mai multe soluții utile. Trebuie stabilit un acord cu pacientul încă de la începutul spitalizării, prin care acesta să consimtă un nume la care să răspundă în mediul spitalicesc. Pacientul trebuie informat să nu se aștepte ca personalul să răspundă în moduri diferite diverselor sale personalități atunci când acestea se vor manifesta. Doar terapeutul individual se va adresa diferit acestor personalități separate. Un pacient care nu poate încheia un contract în numele tuturor personalităților alternative trebuie structurat la nivelul personalității celei

mai periculoase sau autodistructive. Acest acord evită confuzia inerentă a membrilor personalului asupra privilegiilor și responsabilităților, având în vedere variabilitatea funcționării diferitelor identități care alternează. Kluft (1991c) arată că personalul îngrijitor trebuie să le explice continuu pacienților regulile și politica, deoarece unele dintre identitățile alternative nu vor fi familiarizate cu ele.

10.3 Tulburarea de depersonalizare

Tulburarea de depersonalizare diferă semnificativ de alte tulburări disociative. Este caracterizată în general de experiențe recurente sau persistente de detașare de procesele mintale și corporale proprii, uneori pacienții simțind că le observă din exterior. Testarea realității rămâne intactă, însă aceste experiențe produc un disconfort semnificativ și, într-o anumită măsură, tulburări ale funcționării sociale sau ocupaționale.

Derealizarea este o parte obișnuită a tulburării de depersonalizare și se referă specific la senzația de stranietate raportată la mediul propriu. Depersonalizarea poate lua o mulțime de forme, inclusiv senzația de înțepenire și moarte a corpului sau aceea că anumite părți ale corpului (cum ar fi mâinile și picioarele) nu sunt conectate la restul corpului, senzația de detașare de imaginea de sine, așa încât persoana în cauză poate părea pentru sine nefamiliară și senzația autoobservării de la distanță (Gabbard și Twemlow, 1984). Experiența subiectivă a detașamentului franc de corp este destul de puțin frecventă, de fapt, în depersonalizare apărând la doar 19% dintre pacienții psihiatrici care au această afecțiune (Noyes et al., 1977). Cu toate că experiențele de tipul déjà vu sunt de obicei asociate cu depersonalizarea, ele sunt de fapt opusul depersonalizării și trebuie considerate entități diferite (Nemiah, 1989). Cu alte cuvinte, în déjà vu, ceea ce este nou este trăit ca fiind familiar, în timp ce în depersonalizare ceea ce este familiar este trăit ca fiind nou sau ireal.

Criteriile DSM-IV-TR pun accentul pe persistență și severitate, întrucât nu mai puțin de 50% din populația generală vor experimenta, la un moment dat, depersonalizarea (Nemiah, 1989). Alte trăsături demografice ale depersonalizării cuprind incidența de două ori mai mare la femei și predominanța la persoane sub 40 de ani (Nemiah, 1989). Depersonalizarea tranzitorie poate apărea ca reacție la evenimente care pun viața în pericol, cum ar fi accidentele și bolile grave (Gabbard și Twemlow, 1984; Noyes et al., 1977; Steinberg, 1991). Poate exista o valoare de supraviețuire în dezvoltarea unui clivaj între Sinele observator și Sinele participativ într-un moment de criză, așa încât

persoana în cauză să aibă detașarea necesară pentru a se gândi cum să iasă din acea situație periculoasă.

Depersonalizarea este relativ rară ca boală în stare pură și devine, mai frecvent, un simptom asociat cu alte afecțiuni, cum ar fi schizofrenia, TID, depresia sau tulburările de anxietate (Nemiah, 1989). Experiența depersonalizării, ca simptom însoțitor sau nu, este de obicei neplăcută și mobilizează afecte precum anxietatea, panica și senzația de gol. Este resimțită patologică, bizară, ca un vis și îi face adesea pe cei care o trăiesc să se adreseze medicului (Gabbard și Twemlow, 1984). Depersonalizarea are o evoluție cronică în aproape jumătate din cazuri, dar poate varia mult în termenii gradelor de disfuncționalitate produse la indivizi (Steinberg, 1991).

Comorbiditatea pare să fie ceva obișnuit la pacienții cu tulburare de depersonalizare. Într-un studiu efectuat pe 30 de pacienți, prevalența pe durata vieții a depresiei majore și a fobiei sociale a fost de 53% pentru fiecare afecțiune în parte (Simeon et al., 1997). A fost remarcată și o prevalență pe viață a tulburării de panică de 37%. Tulburările de Axa II sunt și ele frecvente la acești pacienți, 30% având tulburare de personalitate evitantă, 27% borderline și 23% obsesiv-compulsivă. În lotul total de pacienți, 60% au prezentat cel puțin o tulburare de personalitate.

10.3.1 Înțelegere psihodinamică

Deși etiologia depersonalizării rămâne neclară în cele mai multe cazuri, explicațiile psihodinamice inspirate din situațiile de tratament s-au arătat utile clinic. Rosenfeld (1947/1966) a văzut depersonalizarea ca apărare împotriva impulsurilor primitive distructive și a anxietăților persecutorii provenind din poziția schizoid-paranoidă. Blank (1954) privea depersonalizarea ca apărare împotriva anxietății primitive cu origine în furia orală și în deprivarea orală. Stamm (1962) a mers în direcția lui Rosenfeld și Blank în privința aspectelor profund regresive ale depersonalizării ca apărare. Jacobson (1959) a observat că identificările inacceptabile sunt refuzate prin negarea părții indezirabile a Eului. Sarlin (1962) a împărtășit vederile lui Jacobson și a subliniat faptul că depersonalizarea poate reflecta un conflict între părinții pacientului, conflict internalizat sub forma a două aspecte conflictuale ale copilului. Arlow (1966) a văzut depersonalizarea ca mijloc defensiv de atribuire a impulsurilor interzise, într-o situație periculoasă, Sinelui participativ, care este perceput ca străin de Sinele observator. În acest fel, conflictul periculos este văzut ca având loc mai degrabă într-un străin decât în interiorul Sinelui.

Această dorință de a lua distanță față de o situație periculoasă care intră în conflict cu identificarea predominantă a Eului poate fi foarte

grăitoare în situațiile în care depersonalizarea apare în contextul abuzului în copilărie.

Dra R era o femeie de 19 ani aflată în tratament psihiatric pentru suicidalitate cronică și tendințe automutilante incontrolabile. Fusese implicată în relații sexuale incestuoase cu tatăl ei vitreg de la vârsta de 8 ani, care încetaseră recent. Ea acuza frecvent momente de depersonalizare și a putut identifica originile acesteia la vârsta de 8 ani, când a început acea relație sexuală. Când tatăl vitreg voia să aibă relații sexuale cu ea, anxietatea creată de contactul sexual era atât de mare, încât se vedea într-o poziție detașată, undeva în cameră, observând actul sexual ca spectator. Propriul corp îi părea ireal, ca un „manechin de cauciuc".

Deși depersonalizarea începuse în aceste circumstanțe incestuoase, ea a fost curând generalizată la orice situație în care stresul și anxietatea erau mari, cum ar fi fost certurile din familie la masa de seară. Pe la vârsta de 19 ani, aceasta a devenit o stare cronică, în care pacienta se simțea ireală și moartă în cea mai mare parte a timpului. Își făcea tăieturi pe brațe pentru a se simți ușurată de această stare de depersonalizare. Durerea tăieturilor era preferabilă stranietății pe care o trăia.

Funcția defensivă a depersonalizării drei R poate fi definită în forma unei reasigurări interioare: „Nu eu trăiesc abuzul sexual. Nu este corpul meu, pentru că eu sunt acum în afara lui, în altă parte a camerei și privesc ce i se întâmplă unei persoane străine". Relațiile sexuale cu tatăl ei vitreg puteau fi atribuite atunci unui Sine rău, degradat, care era clivat și nu făcea parte din ea. Era, de asemenea, capabilă să se apere împotriva propriei plăceri instinctuale inerente în gratificarea dorinței oedipale și a triumfului asupra mamei ei.

Literatura arată că pacienții cu tulburare de depersonalizare au rate ale traumei în copilărie ceva mai mari decât subiecții nonpsihiatrici din grupul de control (Simeon et al., 1997), dar, spre deosebire de dra R, ei tind să fie mai puțin traumatizați decât pacienții care suferă de alte tulburări disociative. Cu toate acestea, depersonalizarea este frecvent descrisă în momentele în care pacienții abuzați în copilărie își amintesc detalii ale traumei lor. Comparând 49 de subiecți cu tulburare de depersonalizare cu 26 de subiecți sănătoși, Simeon et al. (2001) au remarcat că abuzul emoțional în copilărie poate juca un rol în patogeneza tulburării de depersonalizare. Au descoperit că trauma interpersonală din copilărie ca tot era înalt predictivă pentru depersonalizare ca simptom și ca boală. Abuzul emoțional a părut să fie cel mai important factor predictiv.

10.3.2 Considerații asupra tratamentului

Discuțiile despre tratament trebuie să înceapă cu recunoașterea faptului că depersonalizarea tranzitorie sau normală are nevoie de ceva

mai puțin decât de reasigurare. În unele cazuri de depersonalizare cronică, pacienții care s-au obișnuit cu boala nu vor simți în mod deosebit nevoia de tratament (Steinberg, 1991; Torch, 1981). Dacă depersonalizarea este secundară unei boli mai importante, de fond, ameliorarea clinică a bolii de bază după un tratament adecvat poate rezolva și problema depersonalizării.

Din păcate, tulburarea de depersonalizare ca afecțiune de primă linie este de obicei refractară la tratament. Într-un studiu efectuat pe 117 subiecți care au îndeplinit criteriile pentru tulburare de depersonalizare, Simeon et al. (2003) au observat că boala era refractară atât la o varietate de medicamente, cât și la psihoterapie. Deși cei mai mulți pacienți care se află în psihoterapie semnalează o ameliorare în alte aspecte ale vieții lor, nu manifestă în general o scădere semnificativă în simptomele de depersonalizare. Cu toate acestea, terapia dinamică este uneori utilă, ajutându-i să identifice precipitanții imediați și semnificațiile lor. Afectele negative, interacțiunile sociale percepute ca amenințătoare și stresul sunt factori comuni care duc la accentuarea simptomelor (Simeon et al., 2003). Acești factori pot fi explorați, iar adaptarea pacienților la boală poate fi ca și examinată. Atunci când identificările conflictuale intră în acțiune, se pot purta discuții productive despre modul în care aceste identificări reflectă stresul din familia de origine.

11. Parafiliile și disfuncțiile sexuale

11.1 Parafiliile

Puține tulburări psihiatrice sunt încărcate cu atât de multe conotații morale precum parafiliile. A determina că un individ este deviant în aria sexualității implică stabilirea unei norme clare pentru comportamentul sexual. Cine va stabili aceste norme? Trebuie oare ca psihiatria să fie gardianul moral al comportamentului sexual? Pot fi oare folosiți termeni ca *deviație sexuală*, *perversiune* sau chiar *parafilie* fără să sune peiorativ?

Evoluția definiției activității perverse revelează gradul în care nosologia psihiatrică oglindește societatea din care emană. În contextul unei culturi care a văzut sexualitatea normală în termeni relativ înguști, Freud (1905/1953) a definit activitatea sexuală ca fiind perversă în funcție de criteriile următoare: 1) se focalizează pe regiunile nongenitale ale corpului; 2) înlocuiește mai degrabă decât coexistă cu practica standard a actului sexual genital cu un partener de sex opus; 3) tinde să fie practica sexuală exclusivă a individului. Freud a observat că urme de perversiune pot fi găsite virtual în oricine al cărui inconștient a fost subiectul explorării psihanalitice.

De la articolul timpuriu al lui Freud, atitudinile culturale despre sexualitate au suferit schimbări dramatice. Cum sexualitatea a devenit o arie legitimă pentru studiul științific, a devenit aparent faptul că cuplurile „normale" se angajează într-o varietate de comportamente sexuale. Relațiile oral-genitale, de exemplu, au devenit larg acceptate ca un comportament sexual sănătos. Similar, homosexualitatea și actul sexual anal au fost retrase de pe lista activităților perverse.

Scriitorii psihanalitici au confirmat în mod repetat observația lui Freud că există un nucleu pervers latent în noi toți (Chasseguet-Smirgel, 1983; Mc-Dougall, 1980, 1986; Stoller, 1975, 1985). Astfel, o atitudine de mai multă acceptare în legătură cu sexualitatea perversă a însoțit progresele psihanalitice. Mc-Dougall (1986) a evidențiat faptul că fan-

fasmele perverse se găsesc cu regularitate în orice comportament sexual adult, dar tind să producă puține probleme, deoarece nu sunt resimțite ca fiind compulsive. Ea a sugerat folosirea termenului neosexualitate pentru a reflecta natura inovatoare a practicii și investiția intensă a individului în urmărirea ei. Ea a subliniat că clinicienii trebuie să fie empatici cu pacienții care resimt aceste cereri sexuale ca necesare pentru supraviețuirea lor emoțională. În viziunea ei, termenul de perversiune ar trebui rezervat pentru cazurile în care o persoană își impune dorințele personale unui partener care nu dorește să se implice în scenariul sexual al acelui individ sau care seduce un individ fără discernământ, cum ar fi un copil sau un adult cu handicap mintal (Mc-Dougall, 1995).

Stoller (1975, 1985) a susținut o definiție îngustată a activității perverse. Referindu-se la perversiune ca la „forma erotică a urii" (1975, p. 4), el a afirmat că cruzimea și dorința de a-l umili și degrada pe propriul partener sexual sunt determinanții cruciali care determină dacă un comportament este pervers. Din această perspectivă, intenția individului este o variabilă critică în definirea perversiunii. Pe măsură ce viziunea sa a evoluat, Stoller (1985) a adăugat o altă dimensiune acestei definiții. Recunoscând că în excitația sexuală normală există o urmă de ostilitate și o dorință de a umili, el a tras concluzia că intimitatea este un factor critic de diferențiere. Un individ este pervers numai atunci când actul erotic este folosit pentru a evita o relație emoțională intimă pe termen lung cu o altă persoană. Invers, comportamentul sexual nu este pervers atunci când este în serviciul stabilirii unei relații intime stabile.

Într-un efort de a evita judecata în definiția sa a parafiliilor, DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) sugerează limitarea termenului la situațiile în care sunt folosite obiecte nonumane, în care umilința și durerea efectivă sunt provocate sieși sau partenerului, sau în care sunt implicați copii sau adulți neconsimțători. Pentru a trata cu continuum-ul dintre fantasmă și acțiune, DSM-IV-TR a dezvoltat un spectru de severitate. În formele „ușoare", pacienții sunt destul de tulburați de nevoile lor sexuale parafilice, dar nu acționează conform lor. În gradele „moderate" de severitate, pacienții își traduc nevoile în acțiuni, dar doar ocazional. În cazurile „severe", pacienții acționează repetat conform nevoilor lor parafilice. În final, într-un efort de a fi mai științific și mai puțin peiorativ, DSM-IV-TR folosește termenul *parafilie* mai degrabă decât perversiune sau deviație.

Deși intenția DSM-IV-TR este admirabilă, Stoller (1985) a obiectat că a schimba termenul oficial din perversiune în parafilie (care a apărut în DSM-III-R [American Psychiatric Association, 1987]) a fost o încercare greșită de a „aseptiza" perversiunile. Perversiunea, în viziunea sa, este utilă exact deoarece are conotații dezgustătoare și de păcat: „Perversiunea este atât de peiorativă. Miroase a păcat, acuzație, sete de răzbunare

și act de dreptate. Are caracterul său absolut. În ea, Dumnezeu și agenții săi pe pământ lovesc cu fulgerul" (p. 4).

Stoller a argumentat pentru păstrarea termenului de *perversiune*, deoarece un sentiment de a păcătui este o cerere preliminară pentru ca o activitate perversă să creeze excitație erotică. Deoarece ambele puncte de vedere au merite, cei doi termeni sunt folosiți alternativ în acest capitol.

11.1.1 Înțelegere psihodinamică

Etiologia parafiliilor rămâne în mare parte învăluită în mister. Problemele psihologice joacă în mod evident un rol crucial în determinarea alegerii parafiliei și în semnificația subiacentă a actelor sexuale. Înțelegerea psihanalitică a luminat mult adâncurile întunecate ale psihicului pervers. Totuși trebuie să notăm în mod adecvat și modest că modelele psihodinamice pot să arunce lumină asupra semnificației unei perversiuni fără să stabilească în mod necesar o etiologie definitivă (Person, 1986).

Viziunea clasică a perversiunilor este profund înrădăcinată în teoria pulsiunilor. Freud (1905/1953) credea că aceste tulburări ilustrează cum instinctul și obiectul sunt despărțite unul de celălalt: „Pare probabil că instinctul sexual este în primă instanță independent de obiectul său" (p. 148). Mai mult, el a definit perversiunile parțial prin contrast cu nevrozele. În acestea din urmă, simptomele nevrotice reprezintă o transformare a fantasmelor perverse refulate. În perversiuni totuși, fantasmele devin conștiente și sunt exprimate direct ca activități egosintonice, aducătoare de plăcere. Totuși Freud a descris nevrozele ca pe negativul perversiunilor: simptomele nevrotice erau fantasme perverse desexualizate. În viziunea clasică, perversiunile pot fi fixații sau regresii la forme infantile de sexualitate care persistă în viața adultă (Fenichel, 1945; Sachs, 1986). Unele rămășițe ale experienței infantile sunt păstrate în conștiință și sunt purtătoarele întregii sexualități infantile prin procesul de deplasare. Un act pervers devine un procedeu fixat și ritualizat, care este singura cale către orgasmul genital. În formularea clasică (Fenichel, 1945), factorul decisiv care împiedică orgasmul prin actul genital convențional este anxietatea de castrare. Perversiunile servesc astfel funcției de negare a castrării. (Deoarece majoritatea copleșitoare a pacienților cu parafilie sunt bărbați, formulările prezentate aici presupun sexul masculin).

Freud (1905/1953) a apreciat complexitatea perversiunilor, care sunt multistratificate. El a notat, de exemplu, determinanții inconștienți multipli ai voierismului și exhibiționismului ca fețe opuse ale aceleiași monede. În munca sa clinică, el a observat că orice perversiune „activă"

era întotdeauna însoțită de un pandant „pasiv". În formularea sa, sadicul va avea întotdeauna un nucleu masochist, pe când voieristul va avea dorințe exhibiționiste inconștiente.

Mai recent, unii investigatori psihanalitici au tras concluzia că teoria pulsiunilor singură este insuficientă pentru a explica unele dintre fantasmele și comportamentele perverse vizibile clinic și că aspectele relaționale ale perversiunilor sunt cruciale pentru o înțelegere cuprinzătoare (Mc-Dougall, 1980, 1986; Mitchell, 1988). După Stoller (1975, 1985), esența perversiunii este o conversie a „traumei infantile într-un triumf adult" (Stoller, 1975, p. 4). Pacienții sunt conduși de fantasmele lor de a răzbuna traumele umilitoare din copilărie cauzate de părinții lor. Metoda lor de răzbunare este de a-i dezumaniza și a-i umili pe partenerii lor în timpul actului sau fantasmei perverse. Bergner (2002) a observat că la indivizii compulsivi sexual scenariile preferate își au tipic originea în experiențele de degradare din copilărie. Fantasmele excitante sexual ale unor asemenea indivizi sunt menite să aducă vindecarea din degradarea timpurie și să ducă la renașterea lor personală. Din nefericire, scenariile devin standarde imposibile pe lângă care relațiile actuale pălesc prin comparație. De aceea, dorința de a depăși degradarea nu este niciodată împlinită.

Activitatea sexală perversă poate fi, de asemenea, o fugă de relațiile de obiect (Mitchell, 1988). Multe persoane cu parafilii s-au separat și individuat incomplet de reprezentările intrapsihice ale mamelor lor. Drept urmare, ele simt că identitatea lor ca persoană separată este constant amenințată de fuziunea cu sau de încorporarea lor de către obiectele interne sau externe. Expresia sexuală poate fi singurul domeniu în care își pot afirma independența. Pe când Stoller (1975, 1985) vedea perversiunile ca expresii ale dorinței de a umili, Mitchell (1988) le-a înțeles ca pe o sfidare a influenței copleșitoare a figurii materne interne. Un aspect al ușurării resimțite de pacienții parafilici după ce au acționat conform dorințelor lor sexuale este sentimentul de triumf asupra mamei dominatoare din interior.

Mc-Dougall (1986) a observat alte semnificații relaționale de obiect ale neosexualităților. Ea a sugerat că, comportamentul sexual se naște dintr-o matrice complicată de identificări și contraidentificări cu părinții noștri. Fiecare copil este implicat într-o dramă psihologică inconștientă care ia naștere din dorințele și conflictele erotice inconștiente ale părinților. Drept urmare, natura obligatorie a oricărei neosexualități este programată de scenariile parentale internalizate de către copil. În viziunea lui Mc-Dougall, comportamentul sexual deviant poate funcționa parțial pentru a proteja obiectele introiectate de agresiunea pacientului prin punerea în act a dramei inconștiente „scrise" de către părinți.

Kohut (1971, 1977) a oferit o perspectivă de tip psihologie a Sinelui asupra funcției perversiunilor. În viziunea sa, activitatea perversă

implică o încercare disperată de a restaura integritatea și coeziunea Sinelui în absența răspunsurilor de tip obiect al Sinelui empatic din partea altora. Activitatea sau fantasma sexuală poate să-l ajute pe pacient să se simtă viu și intact când este amenințat de abandon sau de separare. Comportamentul pervers în timpul psihoterapiei sau analizei poate astfel să fie o reacție la eșecurile în a fi empatic ale terapeutului, ducând la o întrerupere temporară a matricei Sine–obiect al Sinelui stabilite între pacient și terapeut (Miller, 1985). În viziunea lui Kohut (1977), manifestările comportamentale ale perversiunilor sunt fenomene secundare: „După dispariția unității psihologice primare (fuziunea empatică cu obiectul Sinelui căutată insistent), pulsiunea apare ca un produs de dezintegrare; pulsiunea este atunci înrolată în încercarea de a reface fuziunea pierdută (și deci repararea Sinelui) prin mijloace patologice, adică, așa cum este pusă în act în fantasmele și acțiunile perversului" (p. 128).

Deși nu era o adeptă a psihologiei Sinelui, Mc-Dougall (1986) a observat, de asemenea, o teamă profundă de pierdere a identității sau a sentimentului Sinelui ca fiind nucleul multor activități perverse. Unele practici sexuale sau obiecte sexuale devin ca un drog pe care pacientul îl folosește pentru a „trata" un sentiment de moarte interioară și o frică de autodezintegrare. La acești pacienți, Mc-Dougall a observat un proces de internalizare defectuoasă care îi împiedica să folosească obiectele tranziționale în copilărie în timpul eforturilor de a se separa de figurile materne.

Goldberg (1995) a extins viziunea psihologiei Sinelui asupra perversiunilor. El credea că sexualizarea este o încercare de a repara un defect structural al Sinelui care este legat de o incapacitate de a organiza și a resimți stări emoționale dureroase. El a legat perversiunea și de un clivaj vertical în interiorul personalității între partea „eu în realitate" și un sector repudiat care este văzut ca responsabil pentru inițierea și promulgarea actelor perverse. Totuși Goldberg a subliniat și că generalizările în legătură cu temele psihodinamice în perversiune nu pot fi garantate, deoarece o largă varietate de mecanisme dinamice pot fi implicate în orice scenariu sexualizat particular.

Autori ca Mitchell, Mc-Dougall, Kohut și Goldberg au pavat calea spre o înțelegere mai largă a perversiunii care este mai mult în domeniul reprezentărilor Sinelui și obiectului decât în cel al sexualității pure. Ogden (1996) a sugerat că pacienții stabilesc un mod pervers de relaționare ca o cale de a evada dintr-o experiență de moarte psihologică. Ei pun în act o dramă desemnată să prezinte o impresie falsă că ei sunt de fapt în viață în puterea lor de a excita mai degrabă decât amorțiți și goi. Parsons (2000) a observat că comportamentul pervers se naște dintr-o inabilitate în a tolera „alteritatea" unei persoane separate. Pacientul se angajează într-un scenariu pervers ca o apărare împotriva

resimțirii unei alte persoane ca fiind complexă, reală și diferită de sine însuși. Perversiunea implică un mod de relaționare care evită o conexiune autentică cu cealaltă persoană și folosește puterea pentru a seduce, a domina sau a exploata cealaltă persoană fără recunoașterea adevărată a sa și a altuia într-o relație intimă. Mulți astfel de pacienți resimt intimitatea ca periculoasă sau mortală în timpul copilăriei și își petrec viața evitând-o. Cei care prezintă infantilism sau sindromul bebelușului adult (Pate și Gabbard, 2003) pot să se îmbrace ca bebelușii, pot să poarte scutece și să acționeze ca și cum ar fi un copil în speranța de a-i forța pe ceilalți să intre într-un rol cvasimatern care, în mod evident, nu ține cont de subiectivitatea celeilalte persoane.

Înțelepciunea clinică tradițională a sugerat că perversiunile sunt rare la femei. Acest punct de vedere este în schimbare în ultimii ani ca rezultat al cercetării empirice și al observației clinice care demonstrează că fantasmele perverse sunt de fapt comune la femei. Într-un studiu cuprinzător al perversiunilor feminine, Louise Kaplan (1991) a evidențiat că clinicienii au eșuat în a identifica perversiunile la femei, deoarece ele implică mecanisme dinamice mai subtile decât sexualitatea mai evidentă a perversiunilor bărbaților. Actele sexuale izvorâte din parafiliile feminine implică teme inconștiente de separare, abandon și pierdere. De exemplu, unele femei care au fost abuzate sexual în copilărie adoptă un stereotip exagerat de femeie sexy într-un efort de a se răzbuna pe bărbați și a se asigura pe sine de feminitatea lor.

Înainte de a lua în discuție mecanismele dinamice ale parafiliei fiecărui individ, ar trebui menționat că motivele pentru preferința individuală pentru o fantasmă sau un act pervers mai mult decât pentru altele rămân obscure. De asemenea, diferite parafilii coexistă frecvent în aceeași persoană. Deși viziunea tradițională *asupra perversiunii a* susținut că individul pervers este fixat asupra unui tip de scenariu sexual, un studiu a 561 de bărbați care au cerut evaluare și tratament pentru parafilie a găsit că mai puțin de 30% dintre subiecți (excluzându-i pe transsexuali) au limitat comportamentul lor deviant doar la o perversiune (Abel et al., 1988). Unii indivizi vor trece în mod secvențial de la o parafilie la alta. Într-un raport care a studiat rezultatele după 40 de ani, Lehne și Money (2000) au descris un bărbat de 65 de ani care, în tinerețea lui, s-a angajat în travestism parafilic. În timp, el a trecut la pedofilie și în cele din urmă la infantilism prelungit.

O gamă largă de diagnostice psihiatrice și de niveluri de organizare a personalității pot fi prezente la un individ parafilic. Perversiunile au fost observate, de exemplu, la pacienți psihotici, la cei cu tulburări de personalitate și la pacienți nevrotici sau relativ intacți. Sexualitatea perversă polimorfă se găsește frecvent la pacienții cu organizare de personalitate de tip borderline (Kernberg, 1975). Parafiliile care implică cruzime manifestă față de alții sunt frecvent prezente la pacienții cu

tulburare de personalitate antisocială. Astfel, înțelegerea psihodinamică a oricărui pacient individual implicat într-o activitate sexuală perversă înseamnă și o înțelegere atentă despre cum perversiunea interacționează cu structura de caracter subiacentă a pacientului. De exemplu, pacienții cu organizare nevrotică pot folosi o activitate parafilică pentru a facilita potența genitală, pe când pacienții aproape de limita psihotică pot folosi aceeași activitate pentru a înlătura sentimentul de disoluție a Sinelui (Person, 1986).

Exhibiționismul și voierismul

Expunându-și public organele genitale în fața unor femei sau fete străine, exhibiționistul se asigură pe sine că nu este castrat (Fenichel, 1945; Freud, 1905/1953). Reacția de șoc produsă de acțiunile sale îl ajută să facă față anxietății de castrare și îi dă un sentiment de putere asupra sexului opus. Stoller (1985) a evidențiat că actele exhibiționiste urmează tipic o situație în care infractorul s-a simțit umilit, fiind frecvent în puterea unei femei. În schimb, exhibiționistul își răzbună umilirea prin șocarea unor femei străine. Mai mult, expunerea organelor sale genitale îl face capabil pe bărbat să-și regăsească un sens al valorii și o identitate masculină pozitivă. Acești bărbați revelează frecvent o insecuritate profundă în legătură cu masculinitatea lor. Stoller (1985) a observat că anxietatea de castrare nu reflectă complet motivația pentru actul exhibiționist. În viziunea lui, amenințarea „este cel mai bine pusă în termeni de identitate; deoarece umilirea este despre «anxietatea existenței», amenințare la nucleul identității de sex" (p. 20). Exhibiționiștii simt frecvent că ei nu produc nici un impact asupra nimănui din familia lor, și astfel ei trebuie să recurgă la măsuri extraordinare pentru a fi observați (Mitchell, 1988). Fiecare act exhibiționist poate fi, prin urmare, o încercare de a întoarce o situație traumatică din copilărie.

Fața cealaltă a exhibiționismului — voierismul — implică și o violare a intimității unei femei străine, un triumf agresiv, dar secret asupra sexului feminin. Fenichel (1945) a legat tendințele voieriste de o fixare la scena primitivă din copilărie, în care copilul fie e martor, fie aude prea mult din actul sexual al părinților. Această experiență traumatică timpurie ar putea provoca anxietatea de castrare a copilului și apoi să-l determine să repună în act scena tot mereu într-o încercare de a stăpâni activ o traumă resimțită pasiv. Fenichel a identificat, de asemenea, o componentă agresivă în actul de a privi, conceptualizându-l ca pe o deplasare a dorinței de a fi direct distructiv față de femei, cu scopul de a evita vinovăția. Chiar pacienții care nu sunt înclinați către activități voieriste manifeste pot să arate derivate comune, cum ar fi curiozitate și anxietate în legătură cu privitul. Unii pacienți sunt chiar refractari în

a arunca o privire în cabinetul terapeutului lor de teamă că acea curiozitate a lor va fi interpretată ca distructivă sau că vor vedea ceva interzis. Mitchell (1988) a observat că exhibiționismul și voierismul au o însușire esențială tipică pentru toate perversiunile: „o dialectică între suprafață și adâncime, între vizibil și secret, între disponibil și reținut" (p. 111).

Sadismul și masochismul

Persoanele care au nevoie de fantasme sau de acțiuni sadice pentru a dobândi gratificare sexuală încearcă frecvent inconștient să inverseze scenariile din copilărie în care ei erau victima unui abuz fizic sau sexual. Făcându-i pe alții să suporte ceea ce li s-a întâmplat lor în copilărie, se răzbună și câștigă în același timp un sentiment de control asupra traumei din copilărie. Stoller (1991) a găsit că un procent destul de mare din membrii cluburilor sado-masochiste care practicau înțeparea corpului cu scop ornamental („body piercing") fuseseră spitalizați când erau copii și fuseseră injectați continuu pentru tratarea bolilor lor din copilărie. Pacienții masochiști care au nevoie de umilire și chiar de durere pentru a atinge plăcerea sexuală pot, de asemenea, să repete experiențe de abuz din copilărie. Fenichel (1945) a crezut că pacienții masochiști fac un sacrificiu — acceptând „un rău mai mic" în locul castrării. Ei pot să fie și ferm convinși că merită să fie pedepsiți pentru dorințele lor sadice conflictuale. În unele cazuri, acești pacienți se apără împotriva anxietății de separare supunându-se abuzului. Ei sunt frecvent convinși că o relație sadomasochistă este singura formă disponibilă de relație de obiect: o relație abuzivă este mai bună decât nici o relație.

Sadismul și masochismul sunt unice în faptul de a fi singurele perversiuni clasice care sunt cunoscute că apar cu regularitate la ambele sexe (Person, 1986). Deși masochismul a fost legat în mod stereotip de femei, forme mute de fantasme sadice și masochiste se găsesc în mod regulat la aproape oricine. Practicile homosexualilor bărbați și povestirile prostituatelor femei sugerează chiar că activitățile sexuale masochiste pot fi mai obișnuite la bărbați. Sacher-Masoch, scriitorul austriac din secolul al XIX-lea de la care derivă termenul, era, de fapt, un poet al masochismului masculin. Orice excitație sexuală poate fi legată într-adevăr de dorințe agresive (Stoller, 1985). Pacienții care vin la psihoterapie sau la psihanaliză cu inhibiții sexuale destăinuie frecvent fantasme sexuale cu mare conținut sadic și care îi împiedică să se implice sexual cu alte persoane.

În termeni de relație, sadismul se dezvoltă frecvent dintr-o relație de obiect intern particulară în care obiectul retras și distant necesită un

efort în forță pentru a-i fi înfrântă rezistența la reprezentarea corespunzătoare a Sinelui (Mitchell, 1988). Similar, predarea de tip masochist poate fi o punere în act a unei relații de obiect intern în care obiectul va răspunde Sinelui doar când este umilit.

Din perspectiva psihologiei Sinelui, comportamentul masochist este un efort nebunesc pentru a restaura un simț de a fi în viață sau de autocoeziune. Deși aparent autodistructiv, masochismul poate fi resimțit de către pacient ca având o funcție de autorestaurare. Stolorow et al. (1988) au raportat tratamentul unei paciente de 19 ani, foarte tulburată, care i-a cerut în mod repetat terapeutului să o lovească. Ca răspuns la întrebările insistente ale terapeutului despre motivul pentru care ar dori ca el s-o lovească, ea a scris: „Durerea fizică este mai bună decât moartea spirituală" (p. 506). În absența abuzului și durerii fizice provocate de alții, această pacientă simțea că ea nu exista și nu era legată de nimeni. Acești autori au observat că pacienții masochiști își organizează frecvent întreaga viață pentru a îndeplini nevoile părinților lor. Drept rezultat, experiența lor afectivă internă devine distantă și indisponibilă deoarece a fost sacrificată în serviciul părinților lor.

Dezvoltarea internetului a dus la apariția unor organizații sociale active ale persoanelor și cuplurilor care se legitimează frecvent ca „SDSM". În plus de sadism și masochism, aceste inițiale se referă la formele de cuplu de tip sclavie/disciplină și dominație/supunere. Unii pot să prefere să fie legați și controlați, pe când alții caută pedeapsa în mod activ. Frecvent, durerea este îndurată în serviciul unui mod de relaționare. În unele relații de cuplu, cei supuși pot să se bucure pur și simplu de predarea autorității partenerilor dominanți, astfel încât să li se spună ce să facă în toate domeniile vieții. În acest sens, durerea poate să nu fie scopul cel mai important. Organizațiile au făurit reguli pentru practici sigure și consensuale, cum ar fi să nu fie lăsat un partener singur și să existe o comunicare clară când o activitate a mers prea departe, astfel încât să poată fi oprită. Majoritatea indivizilor angajați în acest tip de relație de cuplu consensuală nu caută tratament psihiatric.

Fetișismul

Pentru a realiza excitarea sexuală, fetișiștii au nevoie să folosească un obiect inanimat, frecvent un articol de lenjerie feminină, sau un pantof, sau o parte negenitală a corpului. Freud a explicat inițial fetișismul ca luând naștere din anxietatea de castrare. Obiectul ales drept fetiș reprezintă simbolic „penisul femeii", o deplasare care l-a ajutat pe fetișist să învingă anxietatea de castrare. Urmând premisa că atunci când bărbatul conștientizează existența organelor sexuale ale femeii îi crește frica de a-și pierde propriile sale organe genitale și de a

deveni precum o femeie, Freud a crezut că această simbolizare inconștientă explică apariția relativ frecventă a fetișismului. De asemenea, el a folosit această formulare pentru a-și dezvolta conceptul asupra clivajului Eului (Freud, 1940/1964) — în mintea fetișistului coexistă două idei contradictorii: negarea castrării și afirmarea castrării. Fetișul le reprezintă pe amândouă.

Deși Greenacre (1970, 1979) a văzut și ea anxietatea de castrare ca fiind centrală în înțelegerea fetișismului, ea a susținut că acesta își are originea în tulburări pregenitale mai timpurii. Interacțiunile traumatice cronice din primele câteva luni de viață pot astfel să fie instrumentele care produc fetișismul. Din cauza unor probleme severe din relația mamă–sugar, copilul este incapabil să fie liniștit de mamă sau de obiectele tranziționale. Pentru a avea simțul integrității corporale, copilul are nevoie atunci de un fetiș, de ceva „dur într-un mod asigurător, rezistent, cu forma de neschimbat, și în a cărui durată poate avea încredere" (Greenacre 1979, p. 102). Aceste tulburări pregenitale sunt reactivate mai târziu când copilul sau adultul de sex masculin este preocupat de integritatea genitală. În esență, Greenacre a văzut fetișul funcționând ca un obiect tranzițional.

Kohut (1977) a susținut o viziune oarecum similară despre fetișism, deși formulată în termeni de psihologie a Sinelui. El a descris un pacient bărbat a cărui copilărie a fost caracterizată de indisponibilitatea traumatică a mamei sale. Pacientul și-a făcut un fetiș din chiloții săi, care i-au servit drept substitut pentru obiectul Sinelui indisponibil. În contrast cu sentimentele acestui pacient de neputință în legătură cu mama sa, el a putut menține un control total asupra acestei versiuni nonumane a unui obiect al Sinelui. Astfel, ceea ce pare a fi o nevoie sexuală intensă pentru un obiect fetișist poate de fapt să reflecte o anxietate severă în legătură cu pierderea propriului sentiment al Sinelui (Mitchell, 1988).

Scrierile mai recente despre fetișism au lărgit conceptul, astfel încât să includă fetișismul ca parte a unui spectru de fenomene care controlează anxietatea prin conferirea magiei și iluziei unui obiect exterior (Nersessian, 1998). Fetișismul a fost extins și dincolo de obiectele inanimate și se crede că ar exista la femei la fel de bine ca la bărbați. Mai degrabă decât să încerce să lege fetișismul de anxietatea apărută din cauza unui moment specific din dezvoltare, viziunile contemporane se focalizează mai mult asupra nevoii Eului pentru un obiect din afară care să controleze anxietatea. Într-un studiu longitudinal prospectiv, Massie și Szajnberg (1997) au descris un caz de fetișism „amputat", în care un bărbat de 30 de ani și-a amintit debutul unui fetiș sexual la vârsta de cinci sau șase ani. Informațiile despre istoric și datele despre relația părinte–sugar din arhiva cercetării, cuplate cu amintirile istorice ale pacientului, au adus o viziune complexă și revelatoare a evoluției unui fetiș. Câțiva factori au fost clari implicați, inclusiv o relație neobișnuit

de intensă și excitantă sexual atât cu mama, cât și cu tatăl, o capacitate pentru o excitație psihofiziologică puternică, dificultăți de autoliniștire, o vigilență înalt sensibilă și suprastimulatoare din partea ambilor părinți față de viața psihologică a copilului și experiența timpurie a pierderii tatălui timp de 10 săptămâni în al treilea an de viață al copilului. Această traumă efectivă a părut a fi contribuit la vulnerabilitatea față de anxietatea de separare. Forma specifică a fetișului, care implica imagini de amputație, ar putea fi, de asemenea, legată de o îngrijitoare care avea piciorul în ghips și de anxietatea băiatului despre riscul ca ghipsul „să iasă afară". Massie și Szajnberg au speculat că, în acest caz, fetișismul ar putea fi legat de o formă de piesă posttraumatică intrapsihică.

Pedofilia

Dintre toate perversiunile, pedofilia este cea care, cel mai probabil, poate crea sentimente de dezgust și dispreț la cei care o tratează. Prin împlinirea dorințelor sale sexuale, pedofilul poate să facă un rău ireparabil unor copii inocenți. Unele cadre conceptuale sau formulări psihodinamice pot să-i ajute pe clinicieni să mențină un grad de empatie și de înțelegere când încearcă să trateze acești pacienți. Conform viziunii clasice (Fenichel, 1945; Fenichel, 1905/1953), pedofilia reprezintă o alegere de obiect narcisică — adică pedofilul vede copilul ca pe o imagine în oglindă a sa ca copil. Pedofilii au fost priviți și ca indivizi impotenți și slabi care caută copii ca obiecte sexuale deoarece ei ar opune mai puțină rezistență sau ar determina mai puțină anxietate decât partenerii adulți, permițându-le astfel pedofililor să evite anxietatea de castrare.

În practica clinică, mulți pedofili sunt găsiți a avea tulburări serioase de personalitate. Un studiu (Raymond et al., 1999) pe pedofili încarcerați a găsit că 60% prezentau o tulburare de personalitate; 20% prezentau o tulburare de personalitate narcisică și 22,5% prezentau o tulburare de personalitate antisocială. Activitatea sexuală cu copii prepuberi poate să întărească autostima fragilă a pedofilului. Similar, mulți indivizi cu această perversiune aleg profesii în care pot interacționa cu copiii, deoarece reacțiile idealizante ale copiilor îi ajută să-și mențină privirea pozitivă asupra lor înșiși. În schimb, pedofilul îi idealizează frecvent pe acești copii; astfel, activitatea sexuală cu ei implică fantasme inconștiente de fuziune cu un obiect ideal sau restaurarea unui Sine tânăr, idealizat. Anxietatea legată de îmbătrânire și moarte poate fi înlăturată prin activitatea sexuală cu copii.

Când activitatea pedofilică apare împreună cu o tulburare de personalitate narcisică cu trăsături antisociale severe sau ca parte a unei structuri de caracter psihopatice clare (vezi Capitolul 17), determinanții

inconștienți ai comportamentului pot fi strâns legați de dinamica sadismului. Cucerirea sexuală a copilului este unealta răzbunării. Pedofilii au fost frecvent ei înșiși victime ale abuzului sexual în copilărie (Fagan et al. 2005), și un sentiment de triumf și de putere poate să însoțească transformarea traumei lor pasive într-o victimizare înfăptuită activ.

Puterea și agresiunea sunt, de asemenea, preocupări majore ale pedofililor a căror activitate sexuală este limitată la relații incestuoase cu propriii copii sau cu copiii lor vitregi. Acești bărbați se simt frecvent neiubiți de soțiile lor și suscită răspunsuri de tip luare în îngrijire din partea copiilor lor prin portretul de victime pe care și-l fac singuri (Ganzarain și Buchele, 1990).

Pedofilii sunt frecvent diferențiați după cum prezintă fixație sau regresie (Groth și Birnbaum, 1979; McConaghy, 1998). Pedofilul fixat este atras sexual de persoane mai tinere din timpul adolescenței, pe când pedofilul regresat nu arată o atracție sexuală față de persoane mai tinere până la vârsta adultă. Pedofilii fixați își comit de obicei delictele asupra băieților, pe când cei regresați exploatează sexual mai mult fetele. Cei care comit delicte asupra fetelor își comit delictele tipic în casă ca parte a unei relații incestuoase și tind să aibă foarte puține victime. Pedofilii fixați, care aleg băieții ca obiect al dorinței sexuale, tind să aibă multe victime și să se lege de băieți care locuiesc în afara casei. Deoarece pedofilul regresat poate să fie atras și de femei adulte, prognosticul este mult mai bun acolo decât pentru pedofilul fixat, care se focalizează în principal pe băieți.

Un plan de tratament global pentru un pacient cu pedofilie trebuie să ia în considerare comorbiditatea. Cei care molestează copii au fost găsiți cu cote înalte de psihopatologie (Ahlmeyer et al., 2003). Tulburările de anxietate și distimia sunt obișnuite la pedofili, împreună cu patologia gravă de caracter.

Travestismul

În travestism, pacientul bărbat se îmbracă precum o femeie pentru a-și crea o excitație sexuală care să ducă la contact heterosexual sau la masturbare. Pacientul poate să se comporte într-o manieră masculină tradițională când este îmbrăcat ca un bărbat și apoi să devină efeminat când este îmbrăcat ca o femeie. Înțelegerea psihanalitică clasică a travestirii implică noțiunea de mamă falică. Imaginându-și că mama sa posedă un penis, chiar dacă acesta nu este vizibil în mod clar, copilul băiat își înfrânge anxietatea de castrare. Actul travestirii poate astfel să fie o identificare cu mama falică (Fenichel, 1945).

La un nivel mai primitiv, băiatul mic poate să se identifice cu mama lui pentru a evita anxietatea de separare. Conștientizarea diferențelor

genitale dintre el și mamă poate să activeze anxietatea că el o va pierde deoarece ei sunt indivizi separați. Munca clinică cu travestiții revelează că, atunci când se travestesc, ei simt în mod obișnuit un grad de fuziune cu un obiect matern intrapsihic. Aceasta îi asigură că nu sunt în pericol de a pierde prezența liniștitoare din interior. Acești bărbați sunt întotdeauna heterosexuali (Person, 1986), și majoritatea sunt altminteri bine adaptați. Într-un studiu pe 188 de bărbați travestiți (Brown și colab., 1996), travestitii au fost imposibil de distins de bărbatul mediu la testele de funcționare sexuală, de personalitate și de suferință emoțională. Acești indivizi caută rar ajutor psihiatric. Pe de altă parte, bărbații transsexuali și cei cu tulburare de identitate de sex au mult mai multe simptome psihiatrice, o pulsiune sexuală mai redusă și o imagine corporală mai săracă decât travestiții. Deși travestiții sunt de obicei destul de convinși că ei sunt heterosexuali și bărbați, unii pot să se prezinte la clinică pe la jumătatea vieții, convinși că au devenit transsexuali. Nu se crede că indivizii din aceste cazuri sunt transsexuali adevărați care necesită o schimbare de sex chirurgicală, deoarece comorbiditatea transsexualismului și a travestismului este considerată ca fiind foarte rară (Bower, 2001).

11.1.2 Considerații asupra tratamentului

Pacienții cu parafilii sunt cazuri notoriu de greu de tratat. După mulți ani, ei au dezvoltat o soluție erotică atent lucrată la problemele lor și ei sunt rareori interesați în a renunța la ea (McDougall, 1986). De ce ar dori cineva să oprească o practică ce aduce multă plăcere? Majoritatea perversiunilor sunt egosintonice; doar pacienți excepționali care suferă din cauza simptomelor lor caută în mod voluntar tratament. Persoanele cu fetișuri își văd în general fetișismul ca nefiind nimic mai mult decât o idiosincrazie personală — în mod cert nu un simptom psihiatric (Greenacre, 1979). Ei caută tratament în mod tipic pentru alte motive, și fetișul apare în cursul terapiei sau al analizei.

Marea majoritate a pacienților parafilici vin la tratament sub presiune. O criză conjugală poate să aducă un travestit în atenția clinică sub amenințarea divorțului. În cazurile de voierism, exhibiționism și mai ales de pedofilie, presiunile legale impun frecvent tratamentul ca o condiție pentru eliberarea de probă sau ca o alternativă la încarcerare. Înfățișarea la tribunal poate fi iminentă, astfel încât pacientul va trece prin cerințele de tratament pentru a „arăta bine" la tribunal și pentru a influența judecătorul să renunțe la orice acuzație. În majoritatea cazurilor de parafilie, primul lucru de făcut este de a clarifica situația legală. Clinicianul poate decide să amâne o decizie asupra unui tratament pe termen lung până după rezolvarea cazului în curs. Acei pacienți care

continuă să ceară tratament după ce toate problemele legale au fost rezolvate pot să aibă un prognostic mai bun (Reid, 1989).

Un alt impediment major în tratamentul pacienților cu perversiuni sunt reacțiile de contratransfer pe care le provoacă. Dacă, într-adevăr, noi toți ne luptăm cu dorințe perverse inconștiente, așa cum au sugerat în mod repetat Freud și mulți alții de atunci până acum, atunci este de înțeles să presupunem că putem reacționa față de pacienții perverși așa cum am reacționa la propriile noastre impulsuri perverse. Ne simțim plini de dezgust, anxietate și dispreț. Impulsul nostru natural este de a răspunde punitiv — de a moraliza, de a certa, de a predica și de a face ce putem pentru a „extermina" perversitatea. Dăm înapoi cu oroare la ideea cuiva care ar da frâu liber unor asemenea impulsuri când noi înșine le controlăm cu atenție. Totuși putem să simțim o plăcere voieristică în a asculta povestirile detaliate ale activităților sexuale ale pacienților noștri (Fagan et al., 2005). O altă tendință contratransferențială este coluziunea cu evitarea de către pacient a perversiunii prin discutarea altor aspecte ale vieții lui. Clinicienii pot evita propriile lor sentimente de dezgust și dispreț prin evitarea întregii arii a patologiei sexuale. Cu unii pacienți — pedofili, mai ales — unii terapeuți pot simți că ei pur și simplu nu pot fi eficienți din cauza urii lor intense contratransferențiale. În aceste cazuri, cel mai bine este să trimitem pacientul altcuiva.

Un ultim motiv de dificultate în tratamentul persoanelor cu perversiuni este psihopatologia asociată. Un studiu pe 113 bărbați condamnați pentru delicte sexuale (Dunsieth et al., 2004) a găsit că 85% aveau o tulburare de uz a substanței și 56% îndeplineau criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială. Fantasmele și comportamentul pervers sunt destul de dificil de schimbat oricum, dar atunci când starea pacienților este complicată de dependența chimică serioasă sau de patologia de caracter antisocială, prognosticul devine și mai rezervat.

Rămâne foarte controversat dacă tratamentul parafiliilor, mai ales al celor care implică pedofilia și alte delicte, este cu adevărat eficient (Hall, 1995; Marshall și Pithers, 1994; McConaghy, 1998; Prentky et al., 1997; Rice et al., 1991). Deși unele studii sunt încurajatoare, validitatea instrumentelor de evaluare a rezultatelor este foarte problematică. Folosirea ratei recidivismului, așa cum este măsurată prin înregistrarea arestărilor, țese o plasă deasă. Deoarece observarea permanentă a pedofililor, de exemplu, este imposibilă, cercetătorii nu pot fi siguri dacă aceștia continuă sau nu să acționeze conform impulsurilor lor de a abuza copii.

Marea majoritate a cercetărilor asupra eficacității tratamentului la parafilici a fost realizată pe cei care au comis delicte sexuale (Fagan et al., 2005). Majoritatea delictelor sexuale totuși nu sunt expresia parafiliei. Mai mult, majoritatea parafiliilor determină mai degrabă în mod primar o preocupare în interiorul individului afectat, decât să ducă direct la

delicte sexuale criminale. Prin urmare, populația deformată care este implicată în cercetările empirice asupra parafiliilor duce la mari dificultăți în a determina care tratamente sunt eficiente și pentru ce persoane cu parafilie. Nu suntem încă într-un punct în care să putem spune că un tratament psihoterapeutic specific este eficient în mod unic pentru o anumită parafilie sau pentru toate tipurile de parafilie (Fagan et al., 2005).

Majoritatea programelor de tratament implică modele integrate care sunt croite individual pentru pacient. Există literatură psihanalitică și psihoterapeutică substanțială despre tratamentul unor forme de parafilie (Fogel și Myers, 1991; Goldberg, 1995; Kaplan, 1991; McDougall, 1980, 1986, 1995; Person, 1986; Rosen, 1964, 1979; Stoller, 1985). Pe lângă folosirea abordărilor psihodinamice, sunt folosite frecvent și terapia cognitiv-comportamentală, recondiționarea comportamentală și prevenirea recăderilor, și ele s-au dovedit utile cu unii pacienți. Scopurile tratamentului cuprind în general a-i asista pe pacienți în depășirea negării lor și a-i ajuta să dezvolte empatie pentru victime; identificarea și tratarea excitației sexuale deviante; identificarea deficitelor în aria socială și a capacităților inadecvate de a face față; încercarea de a trata distorsiunile cognitive; și dezvoltarea unui plan cuprinzător de prevenire a recăderii care cuprinde evitarea situațiilor în care este probabil ca pacientul să fie tentat.

În tratamentul contemporan al multor parafilii, mai ales în situațiile în care a fost comis un delict sexual, psihoterapia este combinată cu o medicație care reduce testosteronul. Cel mai frecvent folosite sunt ciproteron acetat, Depo-Provera, Depo-Lupron sau triptorelin (Berlin et al., 1995; Rosler și Witztum, 1998). Totuși unii dintre acești agenți au efecte secundare serioase, cuprinzând producția scăzută de spermă, răspunsul hiperinsulinemic la încărcarea cu glucoză, câștigul în greutate, nodulii mamari, fenomenele tromboembolice și supresia corticosuprarenală. Există și posibilitatea unui risc crescut de carcinom hepatic (Briken et al., 2001). Drept rezultat, unii au încercat să folosească agenți mai benigni, cum sunt inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei și agoniștii hormonului de eliberare a luteinei.

Tratamentele psihoterapeutice

Psihoterapia expresiv-suportivă individuală cu accentuare expresivă poate fi metoda preferată de tratament în unele cazuri de parafilie, dar expectațiile unui terapeut trebuie totuși să fie modeste. Deși mulți pacienți vor avea câștiguri considerabile în capacitatea de a avea relații de obiect și în funcționarea Eului, tendințele lor perverse subiacente pot fi modificate într-un grad mai mic. În general, acei pacienți cu un nivel

înalt al organizărilor de caracter au o evoluție mai bună decât cei cu nivel de organizare borderline (Person, 1986).

Similar, acei pacienți care au o inteligență orientată psihologic, care au un grad de motivație, care suferă din cauza simptomelor lor și care sunt curioși în legătură cu originile simptomelor lor au mai multe șanse să evolueze mai bine decât cei cărora le lipsesc asemenea calități.

Anumite probleme apar tipic când persoanele parafilice sunt tratate prin psihoterapie psihodinamică. Acești pacienți rareori doresc să se focalizeze asupra perversiunii însăși și de multe ori susțin activ că nu mai este o problemă pentru ei. Deși psihoterapeuții trebuie să trateze tulburările asociate cu parafilia, ei trebuie și să confrunte pacientul cu această negare de la început. O sarcină terapeutică este de a integra comportamentul pervers cu sectorul central de funcționare al personalității pacientului, astfel încât să poată fi discutat împreună cu restul vieții pacientului. Clivajul vertical în personalitatea pacientului poate să dea naștere la fenomene de transfer paralele, dar distincte. Fiecare transfer va produce un contratransfer corespunzător, implicând frecvent o formă de coluziune cu perversiunea. Goldberg (1995) a sugerat că terapeutul trebuie atât să recunoască comportamentul ca esențial pentru supraviețuirea emoțională a pacientului, cât și să privească comportamentul pervers ca pe ceva ce trebuie înțeles și diminuat. El a notat că în această privință clivajul vertical din transfer se întâlnește cu o reacție corespunzătoare de clivaj la terapeut.

O altă dilemă frecvent întâlnită în psihoterapie se centrează în jurul evitării unei nuanțe punitive față de activitatea perversă a pacientului. Majoritatea statelor au legi care îi cer terapeutului să încalce confidențialitatea dacă o activitate pedofilică este descoperită în timpul tratamentului psihiatric. Chiar separat de considerațiile legale și etice, este probabil ca acest comportament pervers să trezească reacții foarte dezaprobatoare în terapeuți. Pacienții sensibili detectează frecvent lupta terapeutului pentru a se înfrâna să fie punitiv. Pacienții inteligenți pot să exploateze această luptă contratransferențială, acuzându-l pe terapeutul lor de a fi dur și crud din cauza focalizării pe simptomul pervers. Pacienții pot și evita să discute simptomul, scoțând în schimb în evidență sentimentele lor de rușine, de jenă și de umilință.

Dacă pacientul poate să-și înfrângă rezistența inițială în a forma o alianță terapeutică în serviciul înțelegerii simptomului pervers, atunci atât pacientul, cât și terapeutul pot să înceapă să caute înțelesurile inconștiente ale simptomului și funcțiile sale în personalitatea pacientului. Majoritatea parafiliilor operează într-un context al relațiilor de obiect fără știrea pacientului. Mulți pacienți cu parafilii resimt fantasmele și comportamentul lor ca esențial nonpsihologice și nu sunt conștienți de conexiunile dintre simptomele și stările lor emoționale — sau dintre simptomele și evenimentele lor de viață — care pot să crească nevoia

lor pentru simptome. Mult din efortul terapeutului trebuie astfel să se orienteze spre explicarea acestor conexiuni.

Dl S, un student la colegiu de 22 de ani, a fost spitalizat după ce a fost arestat pentru că se expusese în fața studentelor din campus. Stătea în mașina sa în parcarea dormitorului femeilor cu organele genitale expuse. Pe măsură ce studentele treceau pe lângă el, unele se uitau în mașină și reacționau șocate, ceea ce-l excita în mod substanțial. În timpul spitalizării sale scurte, dl S a fost de acord să înceapă psihoterapia, dar a fost de fapt un participant dificil. El i-a spus terapeutului său că rușinea și depresia legate de arestare și spitalizare îl vor opri să mai recurgă vreodată la exhibiționism. Prefera să folosească terapia pentru a vorbi despre alte probleme, cum ar fi problemele cu autostima și cu învățatul la colegiu.

Terapeutul l-a confruntat pe pacient cu această negare și a sugerat că problema exhibiționismului nu dispăruse pur și simplu deoarece fusese spitalizat. După externarea din spital, dl S a continuat să se lupte cu impulsurile exhibiționiste, cedându-le ocazional. De fiecare dată când raporta asemenea impulsuri în terapie, terapeutul său îl invita la reflecție asupra posibililor factori precipitanți ai impulsurilor sau ai acțiunilor sale. Dl S părea perplex în mod autentic pe măsură ce își cerceta memoria pentru a găsi evenimente sau sentimente anterioare. Dorința de a se expune pe sine era atât de integrată în identitatea lui, încât el nu se gândea la ea ca având-și originea într-un context afectiv sau relațional.

Odată, după ce dl S se expusese, terapeutul său i-a atras atenția că episodul de expunere apăruse imediat după ce o femeie tânără întâlnită la o oră de curs îl refuzase când îi ceruse să iasă cu el. Dl S a recunoscut că se simțise respins și umilit și că ar putea înțelege posibilitatea că a se expune pe sine era o expresie a mâniei și răzbunării sale când femeile refuzau să-i răspundă. El a început să observe un pattern de impulsuri exhibiționiste crescânde de fiecare dată când înregistra un refuz sau o respingere din partea oricărei femei față de care avusese intenții romantice. Cu ajutor din partea terapeutului, dl S a fost în stare să lege mânia sa față de femei de resentimentul său profund față de mama sa pentru că se întorsese la lucru cu program integral în afara casei când dl S avea doi ani.

Când terapia a început să atingă aceste aspecte sensibile ale relațiilor dl S cu femeile, el a părăsit brusc tratamentul. Totuși, câțiva ani mai târziu, el i-a scris terapeutului său, comunicându-i că găsise cheia pentru a-și înfrânge impulsul de a se expune. Deși tendința lui exhibiționistă încă îl mai bântuia din când în când, reușise s-o controleze predându-și sieși cum să „învețe să iubească femeile". El descoperise, printr-o relație pozitivă cu o femeie tânără, că unele femei chiar țineau la el. I-a mulțumit terapeutului pentru că îl ajutase să vadă că distorsiona sentimentele pe care femeile le aveau pentru el. Când a realizat că femeile nu îl resping automat pentru că era bărbat, el s-a simțit mai puțin înfricoșat în preajma lor și mai puțin obligat să se răzbune pe ele prin activitatea exhibiționistă.

Terapia maritală poate fi critică pentru tratamentul cu succes al parafiliilor. O criză conjugală poate precipita cererea de tratament a

pacientului în primul rând. Terapia maritală poate frecvent să ajute la descoperirea cum activitatea perversă reflectă dificultățile sexuale și emoționale din diada maritală. Poate, de asemenea, să ușureze sentimentele nejustificate de vinovăție și de responsabilitate ale soției pentru acest comportament și poate, în schimb, să faciliteze înțelegerea faptului că ea este mai degrabă parte a rezolvării lui decât parte a cauzei lui (Kentsmith și Eaton, 1978). O explorare a dezacordului marital poate să reveleze și că parafilia este un container sau un „țap ispășitor", care abate atenția de la alte arii mai problematice din căsătorie (Reid, 1989). Ca urmare, clinicienii trebuie să fie creativi în folosirea soției pacientului ca pe un terapeut adjuvant în cazurile refractare de parafilie. De exemplu, un bărbat care nu răspundea la un număr de tratamente pentru exhibiționismul lui a fost în stare să-și controleze simptomul doar când soția lui a fost de acord să-l ducă cu mașina oriunde se ducea. În cazurile de travestism, principalul scop al tratamentului poate fi s-o ajute pe soția pacientului să accepte că este improbabil să se schimbe comportamentul de travestism și s-o asiste în a deveni mai tolerantă în ceea ce privește nevoia soțului ei de a purta haine femeiești.

În cazurile de pedofilie care apar în contextul incestului, terapia familială este de obicei o parte integrală a planului global de tratament. Mamele sunt complice în mod tipic în aceste aranjamente incestuoase, fiind oarbe la dovezile evidente ale relației sexuale tată–fiică (sau ocazional tată–fiu). Aceste mame au crescut frecvent drept copii parentificați care nu au primit niciodată îngrijirea de care au avut nevoie în copilărie fiind prea ocupate să aibă grijă de propriii lor părinți și frați (Gelinas, 1986). Ele tind să se căsătorească cu bărbați dependenți, cu mari nevoi, ca o continuare a tendinței lor de a-i îngriji pe alții. Din cauza unor sentimente cronice de neglijare, este probabil ca, într-o asemenea familie, mama să fie foarte ambivalentă în legătură cu a crește copii, și când vin copiii, ea poate să se simtă copleșită și, prin urmare, să-și neglijeze soțul. Pe măsură ce mama și tatăl se înstrăinează tot mai mult, tatăl se întoarce către unul dintre copii — de obicei fata cea mare — pentru îngrijire, ducând la o a doua generație a modelului de copil parentificat. Acest copil este predispus să se simtă răspunzător să încalțe papucii mamei, și când parte a acestei responsabilități înseamnă să-și satisfacă sexual propriul tată, poate să-și subordoneze propriile nevoi și drepturi nevoilor lui. Ea există pentru a satisface nevoile altora. Într-adevăr, terapia familială în cazurile de incest revelează frecvent că victima îl protejează pe vinovat și își menține loialitatea față de el. Terapia familială eficientă necesită o atenție deosebită față de aceste mecanisme psihodinamice. Loialitatea victimei față de vinovat trebuie să fie recunoscută și respectată. Este, de asemenea, util să ne concentrăm pe dorința tatălui de relaționare și de conectare emoțională mai mult decât pe sexualitate sau perversiune (Gelinas, 1986). Victimele incestului

povestesc frecvent că singura căldură pe care au primit-o vreodată în familia lor de origine a fost din partea tatălui. Epuizarea resurselor emoționale ale mamei trebuie, de asemenea, abordată empatic, și terapeutul trebuie să susțină capacitățile Eului ei. Terapeutul care abordează familia identificându-i și căutând să-i pedepsească pe cei răi va fi întâmpinat cu o rezistență masivă — membrii familiei vor „strânge rândurile" pentru a exclude un atacant din afară care nu apreciază echilibrul homeostatic din interiorul sistemului familial.

Psihoterapia dinamică de grup este o altă modalitate care a fost utilizată eficient la pacienții cu perversiuni. Voieriștii și exhibiționiștii pot să răspundă bine la modalitățile de grup. Într-un studiu (Rosen, 1964), 21 din 24 de pacienți s-au vindecat ori s-au ameliorat la vizitele de control efectuate la 6–36 de luni după terapie. Terapia de grup impusă legal cu delincvenții sexuali, cum ar fi pedofilii, a obținut de asemenea rezultate satisfăcătoare, chiar în ambulatoriu (Ganzarain și Buchele, 1990; Rappeport, 1974). Aceste grupuri oferă un amestec de suport și confruntare din partea altor delincvenți sexuali care sunt familiari în mod intim cu problema pacientului, exact așa cum grupuri omogene de toxicomani și alcoolici provoacă o presiune de grup pentru a sprijini schimbarea comportamentului distructiv. Ganzarain și Buchele (1990) au găsit că excluderea pedofililor sever tulburați — cei cu sindrom organic cerebral, psihoze, abuz de substanță, sociopatie pură și perversiuni exclusive — poate să faciliteze identificarea unui subgrup de pedofili care vor răspunde bine la psihoterapia de grup expresivă. Deși pacienții în grupul lor de delincvenți au negat frecvent responsabilitatea și au externalizat vina, mulți aveau sentimente de vinovăție inconștiente și un sentiment profund de rușine și umilință deoarece fuseseră descoperiți. Tipic totuși, aceste sentimente erau înlăturate de o rezistență considerabilă la explorarea psihoterapeutică. Deoarece tratamentul era impus legal, mulți dintre delincvenți i-au văzut pe terapeuții de grup ca pe agenți ai tribunalului și și-au asumat ca atare postura de a „îndeplini pedeapsa". Acei pacienți cu grade mai mici de sociopatie și sentimente inconștiente de vinovăție mai mari au fost în final în stare să folosească procesul de terapie de grup pentru a înțelege că ura lor față de femei se născuse din dorința lor de a fi iubiți. Această înțelegere i-a dus la un control mai mare al impulsurilor lor sexuale și la o ameliorare generală a capacității lor de a forma relații de obiect.

Tratamentul intraspitalicesc

Acei pacienți parafilici care sunt mai probabil să fie spitalizați sunt pedofilii și, într-un grad mai mic, exhibiționiștii care sunt pur și simplu incapabili să-și controleze comportamentul în context ambulatoriu. Multe

din aceleași probleme de contratransfer descrise pentru tratamentele psihoterapeutice apar și în tratamentul efectuat în spital. Negarea de către pacient a perversiunii sale poate să-i facă pe membrii echipei să se alieze cu el prin focalizarea pe alte probleme. Un exhibiționist sta în mod tipic în holul central al secției cu o erecție vizibilă sub pantalonii lui. Totuși nici unul din echipa de îngrijire nu a raportat că ar fi observat acest comportament până când doctorul nu a evidențiat că una dintre manifestările de contratransfer cu acest pacient era o frică de a privi. Același pacient stătea frecvent gol în camera sa până când o asistentă își făcea vizita; el reacționa frecvent ca și cum ar fi fost surprins și indignat când ea îl vedea. Când medicul pacientului a adus în discuție acest comportament într-o întrunire de grup în secție, pacientul a încercat să capete suport de la colegii săi pacienți, acuzându-l pe doctor că este insensibil și crud deoarece îl pune într-o situație dificilă în fața colegilor săi.

În general, pacienții cu parafilii vor obiecta la discutarea problemelor lor în întruniri de grup sau întruniri ale comunității în ambulatoriu. Totuși când membrii echipei se supun cererilor de a evita problemele sexuale în ședințele terapeutice, ei se aliază cu tendința pacientului de a trece printr-o spitalizare întreagă fără să se ocupe de perversiunea care a necesitat spitalizarea. Mulți pedofili sunt indivizi extraordinar de alunecoși, care vor vrăji alți pacienți în încercarea lor de a evita confruntarea.

> Dl T, un profesor de 41 de ani, fusese implicat în activități sexuale pedofilice timp de mulți ani. Când echipa spitalicească a insistat ca el să menționeze activitatea sa de abuz asupra copiilor la întrunirea comunității în secție, dl T s-a supus, dar într-o astfel de manieră, încât nu a primit nici un feedback de la nici unul dintre ceilalți pacienți. El a început prin a spune că el iubea copiii și că era preocupat de viitorul Americii. A vorbit pe larg despre iubirea lui pentru cele două fete ale lui și despre preocuparea lui pentru cum le-ar putea afecta spitalizarea lui. A admis comportamentul său sexual cu copiii, dar a făcut ca acesta să sune benign. A explicat că nu a avut activități sexuale forțate cu nici un copil și a susținut că, de fapt, tuturor victimelor sale le-a plăcut contactul fizic cu el. A vorbit despre acest contact în termeni de „îmbrățișare" și „mângâiere" și a susținut că s-a întâmplat întotdeauna în contextul unei prietenii iubitoare. Până la sfârșitul narațiunii sale, ceilalți pacienți au simpatizat mult cu el. Psihiatrul care răspundea de întrunire a întrebat dacă cineva a fost șocat sau scârbit de comportamentul dlui T. Toți au negat o astfel de reacție.

Pedofilii într-o secție de spital pot efectiv să paralizeze grupurile de pacienți astfel încât să nu le dea feedbackurile eficiente care sunt date altor pacienți. În plus, cei cu trăsături izbitoare de personalitate antisocială pot pur și simplu să mintă, așa încât comportamentul lor pervers nu este pus în discuție în timpul spitalizării lor. Un astfel de pacient a susținut în toate cele 6 săptămâni ale spitalizării sale că el fusese acuzat

pe nedrept. În ziua externării sale, el a recunoscut în fața doctorului său cu un chicot că de fapt a abuzat un copil, dar nu a vrut să recunoască. În timp ce acest pacient își împacheta bagajul să plece din secție, doctorul său a rămas cu un sentiment de frustrare și de neputință în a face ceva pentru a ameliora starea pacientului.

Alți pedofili pot să convingă membrii personalului medical că ei sunt complianți la tratament, prin parcurgerea etapelor cerute de aceștia. Ei par a folosi insight-urile câștigate în psihoterapie despre originea impulsurilor și dorințelor lor, dar în secret nu au nici un interes în a se schimba. Ei „joacă jocul" tratamentului deoarece este preferabil închisorii. Un pedofil care era un pacient model în timpul spitalizării lui a declarat că impulsurile lui pedofilice erau strict sub control la externare. Chiar a spus că nici nu mai era excitat de copii. După transferul lui într-un apartament protejat după externare, a continuat să declare că nu mai era tulburat de dorințele lui pedofilice. Iluzia s-a spulberat când poliția a eliberat un mandat de arestare pe numele lui pentru două cazuri de abuz asupra unui copil. Acest obicei de a minți membrii echipei în timpul etapelor tratamentului este mult prea comun în rândurile acestei populații de pacienți. Unii pedofili pot, de aceea, să evolueze mult mai bine în instituțiile corecționale cu programe specializate pentru delincvenții sexuali care implică abordări de grup cu confruntări.

11.2 Disfuncțiile sexuale

Tehnicile comportamentale au dominat domeniul tratamentului disfuncțiilor sexuale timp îndelungat, bazate mult pe munca fundamentală a lui Masters și Johnson (1970). După entuziasmul inițial, au apărut studii care au raportat rezultate oarecum mai moderate (Kilmann et al., 1986; O'Connor și Stern, 1972). Sexologii au recunoscut că motivația cuplurilor, starea relației lor conjugale și simptomele sexuale specifice au un impact mare asupra deciziei dacă tehnicile comportamentale sunt eficiente (Lansky și Davenport, 1975). Problemele intrinseci fazei de dorință, de exemplu, erau frecvent rezistente la terapia sexuală. Helen Singer Kaplan (1974, 1979, 1986) a dezvoltat un model sofisticat care combină tehnicile comportamentale cu abordările dinamice.

Mai recent, apariția unor medicamente pentru disfuncția erectilă, cum ar fi Viagra (sildenafil citrat), a schimbat drastic practica terapiei sexuale. O anchetă recentă a revistelor majore din domeniu (Winton, 2001) a găsit că interesul în domeniul disfuncțiilor sexuale s-a deplasat către disfuncția erectilă masculină. Multe dintre aceste probleme sunt

ușor tratabile cu medicație, și a apărut recent un interes crescut în tratarea femeilor cu dorință sexuală hipoactivă și disfuncție orgasmică cu bupropion cu eliberare prelungită (Modell et al., 2000; Segraves et al., 2001).

Clinicienii știau de mult că atunci când o problemă sexuală este plângerea principală într-un interviu inițial, ea este frecvent doar vârful aisbergului. Apariția medicației pentru disfuncția erectilă a dus la nașterea unei varietăți de probleme conjugale în cuplurile care ajunseseră la un echilibru mai mult sau mai puțin stabil doar cu contacte sexuale ocazionale. Multe cupluri s-au trezit în situația de a trebui să renegocieze relația lor maritală pentru a ajuta la clarificarea naturii problemelor legate de intimitate care fuseseră mascate de disfuncția erectilă. Unii bărbați au început să aibă legături extraconjugale deoarece nu mai erau anxioși în legătură cu capacitatea lor de a atinge sau a menține o erecție. O dată cu sprijinul acordat de celebrități agenților pentru disfuncția erectilă la televiziune și în reviste, ei au devenit un subiect care putea fi discutat în mod deschis. Au devenit astfel posibile eforturi de cercetare și mai mari. Bărbații au încă un termen de circa trei ani între debutul problemelor erectile și cererea de tratament din cauza rușinii și a jenei resimțite în legătură cu simptomul (Moore et al., 2003). Indiferent dacă există cauze fizice legate de simptom, pentru mulți bărbați este o lovitură în autostima lor când nu pot susține un act sexual. De aceea, terapia maritală și terapia individuală conjugate pot fi totuși necesare, chiar dacă sunt disponibile medicamente specifice. Mai mult decât atât, un procent semnificativ de bărbați și de femei nu răspund la medicamentele folosite curent pentru disfuncția sexuală.

11.2.1 Înțelegere psihodinamică

Majoritatea disfuncțiilor sexuale clasificate pot fi categorisite ca tulburări ale dorinței, ale excitației sau ale orgasmului. Într-un eșantion reprezentativ pentru probabilitatea națională de 1 749 de femei și 1 410 bărbați cu vârste de 18–59 de ani (Laumann et al., 1999), 43% dintre femei și 31% dintre bărbați au raportat un anumit grad de disfuncție sexuală. Printre femei, prevalența dorinței sexuale reduse a fost de aproximativ 22% și prevalența problemelor de excitație a fost de 14%. Printre bărbați, prevalența ejaculării premature, a disfuncției erectile și a dorinței sexuale reduse au fost de 21%, 5% și, respectiv, 5%. Terapia sexuală scurtă și/sau farmacoterapia pot fi tratamentele cu raportul cost/eficiență cel mai bun pentru indivizii și cuplurile care au dificultăți în atingerea orgasmului, dar nu au nici o psihopatologie serioasă asociată. Tulburările asociate cu dorința și excitația tind să fie mai refractare la terapia sexuală scurtă, deoarece ele sunt ancorate în factori

psihopatologici cu rădăcini mai profunde (Kaplan, 1986; Reid, 1989). Această discuție se focalizează asupra problemelor din aceste domenii.

Înțelegerea psihodinamică a pacientului sau a pacientei care nu are dorință sexuală sau a pacientului care are dorință, dar este incapabil să atingă o erecție, începe cu o înțelegere atentă a contextului situațional al simptomului. Dacă pacientul este implicat într-o relație intimă, clinicianul trebuie să determine dacă problema dorinței sau a excitației este legată în mod specific de partener sau este generalizată pentru toți partenerii sexuali potențiali. Dificultățile sexuale care sunt specifice pentru cuplu — ca opuse celor reprezentând dificultăți intrapsihice primare care ar apărea cu orice partener — trebuie să fie înțelese în contextul dinamicii interpersonale a diadei. Clinicienii trebuie să-și amintească totuși că problemele care țin de dorință, ca și orice alte simptome psihologice, sunt determinate multiplu.

Eșantionul de probabilitate națională din 1999 (Laumann et al., 1999) a revelat că relațiile problematice, atât în prezent, cât și în trecut, sunt legate într-un grad înalt de disfuncțiile sexuale. De fapt, toate categoriile de disfuncție sexuală la femeile din acest studiu au arătat asociații puternice cu nefericirea și sentimentele de satisfacție sexuală și fizică reduse. Tulburarea de excitație la femei era legată semnificativ de transformarea în victimă sexuală prin contactul adult–copil sau prin contactul sexual forțat. Într-un studiu mai recent (Reissing et al., 2003), vaginismul era, de asemenea, legat de rate mai înalte ale abuzului sexual și de o schemă sexuală proprie mai puțin pozitivă. Victimele masculine ale contactului adult–copil au fost găsite a fi de trei ori mai susceptibile să sufere de o disfuncție erectilă față de cei care nu au fost victime. Victimele masculine ale abuzului sexual în copilărie erau de două ori mai susceptibile să sufere de ejaculare prematură și dorință sexuală scăzută în comparație cu subiecții din grupul de control care nu suferiseră traume în copilărie. Investigatorii au subliniat că efectele profunde și pe termen lung asupra funcționării sexuale par a rezulta din acte sexuale traumatice la ambele sexe.

Levine (1988) a delimitat trei elemente discrete ale dorinței sexuale care trebuie să funcționeze în sincronie pentru ca dorința și excitația să fie adecvate: pulsiunea, dorința și motivația. Pulsiunea își are rădăcinile în biologie și poate fi afectată de factori fizici, cum ar fi nivelul de hormoni, bolile medicale și medicamentele. Elementul dorință este mai intim legat de factori de ideație sau cognitivi conștienți. De exemplu, în prezența unei componente pulsionale normale, un individ poate să dorească să nu aibă relații sexuale din cauza unor prohibiții religioase sau din cauza unei frici de a nu contacta virusul HIV. Cel de-al treilea element, motivația, este intim legat de nevoile relaționale de obiect inconștiente și este componenta cea mai probabilă a fi punctul de focalizare al intervenției terapeutice.

După Levine, clinicianul trebuie să evalueze toate cele trei elemente și să încerce să înțeleagă de ce acestea nu sunt integrate într-un întreg funcțional. Numeroși factori pot să interfereze cu motivația unui individ. Un partener din cuplu poate să aibă o relație extraconjugală și pur și simplu soția lui să nu mai prezinte interes pentru el; un soț poate să simtă un resentiment și o mânie cronică atât de mare față de celălalt, încât relațiile sexuale să fie excluse. Problemele din relația nonsexuală a cuplului sunt probabil motivul pentru majoritatea cazurilor de inhibiție a dorinței sexuale. Distorsiunile de transfer ale unui partener sexual pot, de asemenea, să joace un rol-cheie în tulburarea motivației. În multe cupluri care intră într-o terapie maritală sau sexuală, soții se relaționează inconștient unul cu celălalt precum cu părintele de sex opus. Când aceasta se întâmplă, relațiile sexuale pot fi resimțite inconștient ca incestuoase, astfel încât partenerii rezolvă anxietatea asociată cu acest tabu prin evitarea completă a sexului. Simpson (1985) a raportat un caz de terapie sexuală în care soția era foarte rezistentă în a face exercițiile prescrise. Când această rezistență a fost explorată dinamic, soția a fost în stare să recunoască în fața terapeutului că o parte din ea dorea ca soțul ei să eșueze în terapia sexuală. Ea și-a revelat teama că soțul ei ar putea deveni un „afemeiat" precum tatăl ei dacă și-ar recăpăta funcționarea sexuală normală. Această distorsiune de transfer a soțului ei amenința să submineze succesul terapiei sexuale. Chiar indivizii singuri în terapie sau analiză pot să aibă experiența unor atașamente precum cel de transfer față de un partener sexual potențial, care determină tulburări ale motivației.

Dl U era un bărbat de 25 de ani, jurist, singur, care a început analiza din cauza unor probleme variate în capacitatea sa de a munci și de a iubi. Componenta pulsională a dorinței sexuale a dlui U era integral adecvată — se masturba de câteva ori pe zi pentru a ușura tensiunea sexuală intensă. Componenta de voință a dorinței era, de asemenea, intactă. El aspira să aibă relații sexuale cu o femeie adecvată și fantasma despre aceasta. Totuși elementul motivațional părea să lipsească, așa cum a fost evidențiat prin schema sa caracteristică de comportament, de fiecare dată când se simțea atras de o femeie. Pe măsură ce vorbea despre femeie în analiză, el devenea convins până la lacrimi că, până la urmă, va pierde obiectul actual al dorințelor sale. Anticiparea pierderii declanșa sentimente atât de puternice de durere și atât de copleșitoare, încât decidea să nu mai caute nici o relație, ci să se retragă în schimb în masturbația solitară.

De fiecare dată când dl U a avut aceste sentimente de pierdere anticipată, analistul său încerca să stimuleze asociații cu evenimente sau experiențe de viață anterioare care ar fi putut să provoace sentimente asemănătoare. După o perioadă considerabilă de muncă analitică, pacientul a început în sfârșit să găsească un sens pentru sentimentele sale. Când pacientul avea cinci ani, tatăl său fusese plecat la război pentru un an. În acest timp, dl U fusese „bărbatul casei", ocupând o poziție

specială față de mama sa în absența rivalului său principal la afecțiunea ei. Uneori, chiar dormise cu ea în pat. Când tatăl dlui U s-a întors, oricum, pacientul a suferit pierderea devastatoare a acestei relații intime speciale cu mama sa.

Amintirea pacientului despre această perioadă din viața lui l-a ajutat să-și înțeleagă motivele pentru care nu căuta relații sexuale. Cum îi plăcea o femeie, el începea să simtă un atașament matern de transfer. Resimțind-o (la nivel inconștient) ca pe mama lui, devenea convins că și ea îl va „lăsa" pentru un alt bărbat, așa cum mama sa îl dăduse la o parte pentru tatăl său. Dlui U îi era teamă să se confrunte din nou cu această durere, ceea ce îl făcuse să evite relațiile sexuale. Acest insight l-a pus pe dl U în contact și cu o anxietate de castrare considerabilă. El a realizat că era profund îngrijorat că penisul său ar putea să fie rănit în timpul contactului sexual, o îngrijorare pe care a asociat-o în cele din urmă cu frica sa de pedeapsă pentru că îi luase locul tatălui în patul mamei sale.

Capacitatea noastră pentru excitația și dorința sexuală este clar în legătură intimă cu relațiile noastre interne de obiect. Scharff (1988) a dezvoltat un model de relații de obiect pentru dorința sexuală inhibată bazată pe teoriile lui Fairbairn (1952) despre dezvoltare (vezi Capitolul 2). Fairbairn a postulat două sisteme de „obiecte rele", Eul libidinal și obiectul libidinal, în care Eul tânjește după un obiect tentant, și Eul antilibidinal și obiectul antilibidinal, în care Eul simte ură și mânie pentru un obiect atacator, neglijent sau care abandonează. Obiectul rejectant sau antilibidinal încearcă să elimine obiectul excitant sau libidinal. În modelul lui Scharff, sistemul antilibidinal interferează atunci cu excitația sexuală, care derivă din sistemul libidinal.

Aceste abstracții metapsihologice pot fi mai ușor înțelese prin examinarea dezvoltării unei relații tipice. Indivizii sunt atrași unul către celălalt ca un rezultat al activării sistemului de obiect libidinal sau de obiect care excită nevoia. Prin identificarea proiectivă mutuală, fiecare îl privește pe celălalt ca pe obiectul excitant. Pentru a menține starea idealizată „de iubire", fiecare trebuie să reprime obiectul antilibidinal sau rejectant. Totuși, pe măsură ce prospețimea și strălucirea se duc, relațiile de obiect reprimate încep să iasă la suprafață, mai ales când nevoile sunt inevitabil frustrate. În acest punct, obiectul rejectant al sistemului antilibidinal este proiectat în partener și excitația sexuală este contaminată de percepția partenerului ca persecutor sau capabil de abandon.

În modelul lui Scharff, clinicienii trebuie să evalueze tulburările dorinței în funcție de trei arii diferite ale relațiilor de obiect externe și interne: 1) realitățile externe ale relației maritale curente a cuplului; 2) lumea obiectală internă a fiecărui individ și cum afectează ea capacitatea pentru intimitatea sexuală; și 3) constelația familială curentă (cuprinzând copiii, părinții în vârstă și alți factori) și cum afectează ea dorința sexuală. Scharff a observat că dorința sexuală este mult afectată de stadiul de dezvoltare al căsătoriei însăși.

O evaluare psihodinamică a dorinței sexuale inhibate trebuie să recunoască posibilitatea ca „pacientul desemnat" să nu fie cel care are nevoie de tratament. Helen Singer Kaplan (1988) a studiat cupluri în care un partener este atât de subtil sensibil la rejecție, încât celălalt partener va pierde interesul în a avea relații sexuale. În multe dintre aceste cazuri, partenerul-femeie suferă de o tulburare de panică, iar trăirea plăcerii de către partener este percepută ca un abandon al ei. Nici o asigurare din partea partenerului bărbat nu o va convinge pe femeie de angajamentul său față de ea. Kaplan a susținut că partenera aparent „asimptomatică" poate să aibă nevoie să realizeze că eforturile ei de control îl fac pe partenerul ei să se retragă din intimitatea sexuală.

Pacienții cu tulburări primare, mai ales cei cu schizofrenie și trăsături borderline severe, pot găsi proiectul de fuziune genitală covârșitor pentru Eul lor fragil. Factorii motivaționali la acești pacienți care duc la inhibarea dorinței sexuale sunt legați de stările anxioase primitive descrise în Capitolul 9, cuprinzând anxietatea de dezintegrare, anxietatea persecutorie și o teamă de fuziune cu partenerul. Abstinența de la relațiile sexuale poate astfel să apară ca un mod de a păzi integritatea Sinelui. Teme psihodinamice specifice sunt deseori legate de experiența orgasmului care poate fi foarte perturbatoare pentru pacienții organizați la un nivel borderline sau psihotic (Abraham, 2002). Acestea trebuie luate în considerare când formulăm o înțelegere completă și un plan de tratament pentru pacienții cu disfuncție sexuală.

11.2.2 Considerații asupra tratamentului

Clinicianul care evaluează tulburările sexuale funcționale trebuie să decidă dacă să prescrie terapie sexuală comportamentală scurtă, terapie de cuplu, psihanaliză sau psihoterapie expresiv-suportivă, farmacoterapie sau orice combinație între acestea. Deseori sunt folosite combinații de tratamente pentru beneficii maxime. Impactul schimbărilor în performanța sexuală a unui cuplu are frecvent efecte cu răsunet îndepărtat care necesită intervenție psihoterapeutică. Medicamentele pentru disfuncția erectilă ca sildenafilul au primit mai multă atenție în ceea ce privește potențialul lor de a tulbura echilibrul marital, dar pacientele cărora le-a fost prescris bupropion pot, de asemenea, să fie copleșite de o dorință sexuală intensă care este resimțită ca aproape de necontrolat uneori (Bartlik et al., 1999), iar impactul asupra unui cuplu poate necesita și el un travaliu psihoterapeutic.

Indicațiile pentru modalitățile variate de tratament pot să nu fie întotdeauna clare în timpul evaluării inițiale. Terapia sexuală comportamentală scurtă are șanse de succes dacă un cuplu este foarte motivat, dacă nici unul dintre parteneri nu are o psihopatologie serioasă, dacă

fiecare partener este satisfăcut în mod rezonabil în relație și dacă disfuncția se bazează pe anxietatea de performanță și este legată de faza de orgasm. Cuplurile care suferă de inhibarea dorinței sexuale și sunt în general deziluzionate în relație pot necesita terapie maritală un timp, pentru a aborda problemele de bază din relația lor. Dacă cuplul decide să stea împreună după terapia maritală, atunci tehnicile de terapie sexuală pot fi recomandate într-un mod mai apropriat.

Cuplurile care par candidați potriviți pentru tehnicile din terapia sexuală scurtă, dar care subminează procesul prin nepracticarea exercițiilor pot avea nevoie de un tratament hibrid pe care Helen Singer Kaplan (1979) l-a numit terapie psihosexuală. În acest tratament, terapeutul prescrie exerciții comportamentale și apoi abordează orice rezistențe la practicarea exercițiilor cu psihoterapie psihodinamică. Kaplan a găsit că această combinație de tehnici este critică pentru tratamentul de succes al unor pacienți. Porțiunea dinamică a acestui tratament permite explorarea unor teme cum ar fi sentimentele intense de vinovăție ale pacientului față de plăcerea sexuală. Transferurile parentale către partener pot fi, de asemenea, descoperite și explorate. În plus, mulți pacienți au conflicte inconștiente în legătură cu a avea succes în orice demers — inclusiv performanța sexuală —, care trebuie examinate. Kaplan (1986) a găsit și că unii pacienți pun în act inconștient rolul de „perdant" sau de „ratat" care li s-a dat în familia lor de origine.

Pacienții cu patologie severă de caracter sau conflicte despre sexualitate profund înrădăcinate ar trebui tratați prin psihanaliză sau psihoterapie expresiv-suportivă (Kaplan, 1986; Levine, 1988; Scharff, 1988). Uneori aceste probleme revin la suprafață doar în timpul unei evaluări prelungite în terapia sexuală (Scharff, 1988). Unii pacienți pot să nu fie convinși de necesitatea psihoterapiei intensive individuale pe termen lung până când nu au încercat metode scurte și le-au găsit ineficiente. Terapia sexuală prelungită îi permite, de asemenea, terapeutului să ajungă la o viziune mai profundă asupra relațiilor de obiect interne ale fiecărui membru al cuplului. Așa cum este descris în secțiunea asupra terapiei maritale și familiale axate pe relațiile de obiect în Capitolul 5, terapeutul „conține" diferitele identificări proiective de la ambii soți. Terapeuții care sunt deschiși la acest proces pot diagnostica modele problematice de relații de obiect în cuplu prin „experiența la primă mână". Totuși, când există un conflict nevrotic profund înrădăcinat în legătură cu sexualitatea sau când există o patologie severă de caracter, terapia sexuală va exacerba frecvent aceste probleme (Lansky și Davenport, 1975). Exercițiile prescrise cu focalizare pe senzații vor forța cuplul să se confrunte cu probleme care sunt de obicei evitate din cauza felului în care a fost organizată relația lor. Mai ales în cazurile în care există o istorie de traumă sexuală,

prescrierea terapiei sexuale poate fi resimțită ca o formă de traumă prin ea însăși și poate avea efecte antiterapeutice cu răsunet adânc asupra cuplului.

Dna V era o femeie casnică de 46 de ani care a intrat în terapie sexuală cu soțul său din cauza lipsei ei totale de interes față de relațiile sexuale. După câteva ședințe neproductive, terapeutul sexual a trimis-o pe dna V să urmeze o psihoterapie expresiv-suportivă individuală. S-a simțit ușurată când l-a văzut pe psihoterapeutul său individual pentru prima dată, deoarece a realizat că nu va fi „forțată să aibă relații sexuale" cu soțul său.

Ea a descris relația sa maritală ca implicând un rol de îngrijire pentru ea care nu-i adusese nici o mulțumire din partea soțului. El se pensionase cu 4 ani înainte și își petrecea acum zilele stând prin preajma casei și uitându-se la televizor. Ea nu era fericită cu relația lor, dar el părea a fi puțin interesat în a o schimba. Ea s-a criticat în mod repetat, spunând că nu merita o viață mai bună decât cea pe care o avea. Când acest model de autodenigrare și de resemnare i-a fost evidențiat de către terapeut, dna V a mărturisit că de fiecare dată când se simțise bine în viața ei fusese „terminată". A dat numeroase exemple, inclusiv moartea unuia dintre copiii ei, pentru a ilustra cum fusese întotdeauna pedepsită pentru orice sentimente pozitive pe care le avusese despre evenimente din viața sa.

Deși dna V a vorbit despre o gamă largă de subiecte în psihoterapia ei, a refuzat în mod constant să menționeze ceva despre sexualitatea ei sau despre problemele sexuale care o aduseseră la tratament în primul rând. Terapeutul a început să se simtă ca și cum ar obliga-o să facă față problemelor ei sexuale. Când a întrebat-o cu delicatețe despre ele, ea a răspuns ca unui violator, simțindu-se violată și retrăgându-se în tăcere. Terapeutul și-a folosit sentimentele de contratransfer pentru a diagnostica o relație internă cu obiectul care fusese externalizată în psihoterapie. El i-a spus dnei V: „Păreți că reacționați ca și cum v-aș traumatiza cu întrebările mele despre sexualitate. Repetă oare aceasta o traumă legată de sex din trecutul dumneavoastră?". Dna V s-a prăbușit și a recunoscut plângând un istoric de traumă sexuală timpurie în mâinile unui unchi. S-a deschis mai mult și în legătură cu prima ei căsătorie, explicând că avusese un număr de legături extraconjugale care au dus la două avorturi ilegale. Fusese întotdeauna „fetița tatei", și se întreba dacă nu-l căutase pe tatăl său în toate aceste legături. Acest insight a fost cuplat cu o conștientizare a faptului că se oprise în a mai avea legături extraconjugale când tatăl său murise în urmă cu vreo 18 ani. Tatăl ei fusese implicat în unele dintre problemele ei maritale care apăruseră din cauza promiscuității ei, și el păruse foarte tulburat de infidelitatea ei față de soț. Ea chiar a speculat că acest comportament al ei promiscuu din prima căsătorie ar fi putut să cauzeze moartea tatălui. Cu interpretări din partea terapeutului, dna V a început să înțeleagă că sacrificiul de sine și devotamentul ei dezinteresat în a avea grijă de soț erau o formă de reparație psihologică pentru răul pe care credea că i-l făcuse tatălui ei. Începea, de asemenea, să înțeleagă că își refuzase plăcerea sexuală ca să se pedepsească pentru promiscuitatea ei și pentru cele două avorturi.

Cazul dnei V ilustrează cum probleme sexuale profund înrădăcinate pot fi egosintonice, deoarece ele satisfac unele nevoi psihologice. Mulți pacienți cu disfuncții sexuale sunt de fapt convinși că nu ar trebui să simtă plăcere sexuală, așa că ei investesc în a-și menține simptomatologia. Tratamentul disfuncțiilor sexuale este o arie a psihiatriei încărcată cu înaltă valoare. Clinicienii trebuie să-și tempereze nevoia contratransferențială de a vindeca cu respect pentru dreptul pacientului de a alege un model particular de adaptare sexuală. Helen Singer Kaplan (1986) a observat că unele femei care eșuează în atingerea orgasmului raportează totuși relații sexuale satisfăcătoare; asemenea femei nu caută de obicei tratament pentru disfuncția sexuală. În plus, mulți celibatari din proprie voință din ordinele religioase duc vieți fericite și productive. În final, clinicienii trebuie să aibă în minte că, pentru unii pacienți, un simptom sexual nu este nimic mai mult decât un bilet de intrare la psihoterapie. Odată admiși, acești pacienți devin mai interesați de alte domenii ale vieții lor și simptomele sexuale își pierd semnificația.

12. Tulburările datorate utilizării de substanțe și tulburările de comportament alimentar

În acest capitol, iau în discuție două categorii diagnostice care implică simptome autodistructive distincte. *Abuzul de substanță* este definit prin ingestia de substanțe chimice care poate să ducă la adicție, la probleme fizice care să amenințe viața și la o mulțime de probleme emoționale. *Tulburările de comportament alimentar* sunt definite prin supraalimentare, eliminare voluntară a alimentelor și înfometare. Ambele grupuri de tulburări prezintă o problemă complexă pentru clinicienii psihodinamici: care este rolul abordărilor dinamice în tulburări care necesită controlul simptomului ca un pas major al efortului terapeutic? În unele locuri, înțelegerea psihodinamică este considerată irelevantă pentru managementul adicției și al tulburărilor de comportament alimentar. Totuși un volum considerabil de literatură clinică și de cercetare sugerează altceva.

12.1 Tulburările datorate utilizării de substanțe

Deoarece psihiatrii psihodinamici se simt deseori frustrați în eforturile lor de a trata pacienți alcoolici, ei pot să abandoneze sau să evite astfel de eforturi. Recăderea este obișnuită, și interpretările motivațiilor inconștiente par a avea frecvent puțin impact asupra comportamentului însuși de consum de alcool. Modelele psihodinamice ale alcoolismului sunt privite cu scepticism atât de profesioniștii sănătății mintale, cât și de societate în general.

Alte două modele — modelul moral și modelul de boală — beneficiază de mult mai mult sprijin (Cooper, 1987). Modelul moral îi vede pe indivizii alcoolici ca purtând responsabilitatea completă pentru

alcoolismul lor. Din acest punct de vedere, persoanele alcoolice sunt indivizi hedoniști interesați doar de propria lor plăcere, fără nici o considerare pentru sentimentele altora. Acest model își are rădăcinile în credința religioasă fundamentalistă conform căreia alcoolismul este un semn de josnicie morală. Eșecurile voinței sunt legate strâns de noțiunea de păcat, și pedeapsa prin sistemul legal este privită frecvent ca modul apropriat de a trata cu indivizii alcoolici. Eliminarea comportamentului de consum de alcool este o problemă care ține de învingerea voinței slabe, pentru ieșirea din această situație dificilă prin efort propriu.

Succesul Alcoolicilor Anonimi (AA) și al altor programe cu douăsprezece trepte au dus la popularitatea crescândă a modelului de boală a abuzului de substanță. Spre deosebire de modelul moral, această paradigmă eliberează persoana dependentă de substanță de responsabilitatea pentru boala ei. Așa cum o persoană diabetică nu este considerată responsabilă pentru diabetul său, individul alcoolic nu este considerat responsabil pentru alcoolism. Persoanele dependente de substanță sunt văzute ca având o dispoziție inerentă la adicția la substanțe exogene; factorii psihologici sunt irelevanți. Deși acest model a apărut ca răspuns la reacțiile moralizatoare și la tratamentul inuman al persoanelor alcoolice, el a câștigat recent sprijin din studiile genetice ale tulburărilor corelate cu utilizarea de substanță. Chiar când sunt crescuți separat de părinții lor alcoolici, acești copii au un risc crescut de a deveni alcoolici ca adulți (Goodwin, 1979; Schuckit, 1985). Studiile pe gemeni la perechile de sex atât masculin, cât și feminin (Kendler et al., 1992; Prescott și Kendler, 1999) sugerează că factorii genetici joacă un rol major în dezvoltarea alcoolismului, cu influențe similare pentru abuzul de alcool și dependența de alcool. Cercetările din ce în ce mai sofisticate asupra factorilor genetici și de mediu sugerează că există riscuri genetice specifice pentru tulburările datorate utilizării de substanță în plus față de influențele de mediu (Kendler et al., 2003; Rhee et al. 2003).

Un sprijin suplimentar pentru modelul de boală a venit de la studiul prospectiv al lui Vaillant (1983) asupra pacienților alcoolici de sex masculin de-a lungul întregului curs al vieții lor adulte. El a găsit că dezvoltarea eventuală a alcoolismului nu poate fi prezisă din experiențele adverse din copilărie sau chiar din profilurile psihologice ale acestor subiecți ca adulți tineri. Singurul factor de încredere de predicție al alcoolismului la adult a fost comportamentul antisocial. Vaillant a tras concluzia că depresia, anxietatea și alte caracteristici psihologice frecvent asociate cu persoanele alcoolice erau mai mult consecințe decât cauze ale tulburării.

Modelul moral este aplicat mai mult consumatorilor de drog decât persoanelor alcoolice, în mare parte totuși din cauza suprapunerii

extinse dintre comiterea de delicte și abuzul de drog. Mult din controversa asupra răspunsului apropriat la problema națională a drogurilor se referă la întrebarea dacă persoanele dependente sunt controlate mai bine prin abordările punitive orientate legal sau prin abordările terapeutice orientate medical. Modelul de boală și grupurile de autoajutor asociate lui au avut mai puțin succes cu consumatorii de droguri, așa cum a evidențiat Vaillant însuși (1988), din cauza diferențelor aparente fundamentale între persoanele alcoolice și consumatorii de multiple droguri care necesită abordări diferențiate. Având în vedere aceste diferențe esențiale, secțiunea următoare examinează pe rând înțelegerea psihodinamică a persoanelor alcoolice și a consumatorilor de droguri.

12.1.1 Abordări psihodinamice ale acoolismului

Abordarea AA a problemei alcoolismului a fost foarte eficientă în tratamentul multor cazuri individuale. Deși organizația AA însăși promovează modelul de boală, metodele sale se adresează nevoilor psihologice și facilitează modificări durabile ale structurii personalității (Mack, 1981). Abstinența este obținută într-un context interpersonal în care persoanele alcoolice pot avea experiența unei comunități de colegi de suferință interesați și plini de grijă. Aceste figuri grijului pot fi internalizate în aceeași manieră în care este internalizat un psihoterapeut, și ele o pot asista pe persoana acoolică în managementul afectului, controlul impulsului și în alte funcții ale Eului, așa cum ar face și un psihoterapeut. Prin urmare, modelul psihodinamic poate să faciliteze înțelegerea unora dintre schimbările aduse de abordarea AA (Mack, 1981).

Pentru multe persoane, schimbările psihologice încurajate de AA și abstinența asociată cu angajarea față de idealurile ei și participarea regulată la întâlniri reprezintă un tratament suficient. Clinicianul sensibil psihodinamic, înțelegând valoarea acestei abordări, trebuie să aibă buna judecată de a lăsa lucrurile așa. Experiența clinică a arătat totuși, în mod repetat, că AA nu este potrivită pentru toți pacienții cu alcoolism. Se pare că este mai bună pentru cei care pot accepta ideea că ei nu au control asupra consumului lor de alcool și au deci nevoie să se predea unei „puteri mai mari" și pentru cei care nu suferă de o altă tulburare psihiatrică. Frances et al. (2004) au subliniat că unii pacienți cu fobie socială, evitare generală, dezgust la adresa spiritualității și reacții negative puternice la grupuri în general pot opta pentru psihoterapie psihodinamică individuală ca o alternativă.

Majoritatea experților în alcoolism ar fi de acord că alcoolismul este o tulburare eterogenă cu o etiologie multifactorială (Donovan, 1986).

Ceea ce merge pentru un pacient poate să nu meargă pentru un altul, și toate tratamentele sunt înconjurate de controverse. O trecere în revistă a studiilor tratamentului (McCrady și Langenbucher, 1996) a sugerat că tratamentele specifice par a avea o eficiență diferențiată cu diferite grupuri de pacienți. Nici un tip de terapie nu e considerabil mai bun decât alt tip de terapie. Într-un proiect național sponsorizat de Institutul Național de Studiu al Abuzului de Alcool și al Alcoolismului (Proiectul Grupului de Cercetare MATCH 1997), au fost comparate trei tipuri de terapie: terapia cognitiv-comportamentală, terapia de facilitare în 12 trepte pentru pregătirea subiecților pentru angajamentul față de AA și terapia de creștere a motivației având drept scop ameliorarea capacității și voinței de schimbare a comportamentului de consum de alcool. În ansamblu, toate cele trei tratamente au avut rezultate rezonabil de bune, și nici unul nu a avut mai mult succes decât altul. Este clar că nici un tratament nu este definitiv, iar clinicienii trebuie să abordeze individual fiecare pacient și să facă o evaluare psihiatrică atentă înainte de a dezvolta un plan de tratament croit individual.

Din păcate, modelul de boală a promulgat „depsihologizarea" alcoolismului. Concluziile trase de Vaillant (1983) sunt în conflict cu cele bazate pe alte studii longitudinale care sugerează că factorii de personalitate pot fi importanți pentru o înțelegere a vulnerabilității la alcoolism (Sutker și Allain, 1988). Mai mult, concluziile lui Vaillant sunt valabile atât cât sunt valabile și instrumentele sale de măsură. Dodes (1988) a observat că metodele lui Vaillant nu sunt capabile să identifice o trăsătură critică a pacienților alcoolici — și anume tulburarea autostimei, așa cum o arată inabilitatea lor de a avea grijă de ei înșiși.

Poate că cea mai mare dificultate a abordării tratamentului sugerată de Vaillant și de alți aderenți stricți la modelul de boală este aceea că ea ignoră eterogenitatea tulburării. Alcoolismul nu este o entitate monolitică. De fapt, putem să ne referim cu mai multă acuratețe la „alcoolisme" (Donovan, 1986). Numeroase studii atestă că nu există o unică „personalitate alcoolică" care să predispună la alcoolism (Donovan, 1986; Mulder, 2002; Nathan, 1988; Sutker și Allain, 1988). Deși numeroase studii leagă comportamentul antisocial și hiperactivitatea de alcoolismul ulterior, nu s-a găsit nici o dimensiune a personalității care să fie specifică pentru vulnerabilitatea la dependența alcoolică ulterioară (Mulder, 2002). Totuși, când lucrezi cu un pacient individual, variabilele de personalitate și problemele psihologice pot fi foarte relevante. O interpretare îngustă a modelului de boală poate să-i facă pe clinicieni să ignore cum contribuie acești factori la recădere în cursul bolii.

Deși nici o trăsătură specifică de personalitate nu este predictivă pentru alcoolism, observatorii psihanalitici au notat în mod repetat defecte structurale, cum ar fi slăbiciunea Eului și dificultatea în

menținerea autostimei (Donovan, 1986). Atât Kohut (1971), cât și Balint (1979) au observat că alcoolul are funcția de a înlocui structuri psihologice care lipsesc și restaurează astfel o anumită senzație de autorespect și de armonie interioară. Din păcate, aceste efecte durează doar cât ține intoxicația. Khantzian (1982) a observat, de asemenea, că pacienții alcoolici au probleme cu autostima, modularea afectului și capacitatea de autoîngrijire. O trecere în revistă a 12 studii de pacienți alcoolici la care s-a făcut o încercare specifică de a diagnostica o tulburare de personalitate a arătat că prevalența comorbidității tulburărilor de pe Axa II a variat de la 14% la 78% (Gorton și Akhtar, 1994). Recentul Studiu Epidemiologic Național asupra Alcoolului și Stărilor Corelate a realizat investigații față-n-față a 43 093 de indivizi care aveau vârsta de 18 ani și mai mult (Grant et al., 2004). Printre cei cu tulburare actuală cauzată de consumul de alcool, 28,6% aveau cel puțin o tulburare de personalitate, pe când 47,7% dintre cei cu o tulburare actuală datorată consumului de drog aveau cel puțin o tulburare de personalitate. Asocierea dintre tulburările datorate consumului de alcool sau de drog și tulburările de personalitate era copleșitor de pozitivă și de relevantă. Atât tulburările cauzate de consumul de alcool, cât și cele cauzate de drog au fost mai puternic legate de tulburările de personalitate antisocială, histrionică și dependentă.

Aceste studii sunt citate nu pentru a-i convinge pe cititori că toate persoanele alcoolice au tulburări psihiatrice coexistente sau deficite intrapsihice preexistente, ci mai mult ca să reliefeze faptul evident că adicția la alcool apare la o persoană. Un individ poate să dezvolte alcoolismul ca o cale comună finală a unei interacțiuni complexe între deficite structurale, predispoziție genetică, influențe familiale, contribuții culturale și alte variabile de mediu. O evaluare psihodinamică atentă a pacientului va considera alcoolismul și toți factorii contributori în contextul întregii persoane. Este de mai mare interes pentru cercetători decât pentru clinicieni dacă depresia, de exemplu, este o cauză sau o consecință a alcoolismului sau este o stare de boală complet separată. Când indivizii alcoolici încetează să mai bea și privesc înapoi la distrugerea cauzată de existența lor alcoolică, ei se confruntă frecvent cu o mare doză de depresie. Această depresie își are originea în recunoașterea dureroasă că i-au rănit pe alții (frecvent, pe cei mai importanți pentru ei). Ei trebuie și să facă doliul lucrurilor (relații, posesiuni materiale) pe care le-au pierdut sau le-au distrus ca rezultat al comportamentului lor adictiv. Pe când medicația antidepresivă poate să ușureze depresia, psihoterapia poate să sprijine în procesul de perlaborare a acestor probleme dureroase. De asemenea, evaluarea și tratamentul riscului suicidar trebuie să fie parte a abordării globale a tratamentului pacienților alcoolici. Douăzeci și cinci la sută dintre toate sinuciderile apar la indivizi alcoolici și riscul suicidar al unei persoane alcoolice este

între 60 și 120 de ori mai mare față de al unei persoane care nu este bolnavă psihic (Murphy și Wetzel, 1990). Când depresia și alcoolismul sunt găsite împreună, ele au un efect sinergic sau aditiv care determină un nivel disproporționat de înalt al suicidalității acute (Cornelius et al., 1995; Pages et al., 1997).

O altă implicație a observației că alcoolismul apare la un individ este că fiecare persoană va prefera și va accepta diferite opțiuni de tratament. Dodes (1988) nota: „Unii pacienți sunt în stare să folosească doar psihoterapia, alții pot folosi doar AA și sunt și cei care vor fi mai bine tratați cu o combinație din amândouă. Prescrierea cu acuratețe a tratamentului necesită o judecată clinică individuală" (pp. 283–284). Deși Vaillant (1981) a declarat psihoterapia ca zadarnică în tratamentul alcoolismului, unii pacienți sunt în stare să-și mențină sobrietatea doar cu psihoterapie (Dodes, 1984; Khantzian, 1985a). Un stereotip nefericit de „om de paie" aplicat frecvent psihoterapiei dinamice a pacienților alcoolici este acela că terapeutul descoperă motivațiile inconștiente pentru consumul de alcool în timp ce ignoră comportamentul efectiv de consum de alcool al pacientului. Faptul că psihoterapia poate fi folosită greșit de unii pacienți și de unii terapeuți nu înseamnă totuși că trebuie declarată inutilă ca tratament (Dodes, 1988).

Pacienții implicați în AA sunt frecvent și în psihoterapie. Într-un studiu, mai mult de 90% dintre alcoolicii abstinenți implicați în AA care au făcut psihoterapie au găsit că le-a fost de folos (Brown, 1985). Psihoterapia și AA lucrează frecvent sinergic. Dodes (1988) a observat că pacienții alcoolici pot dezvolta, în termeni de psihologie a Sinelui, un transfer idealizant sau în oglindă față de organizația AA. Ei o văd, în viața lor, ca pe o figură plină de grijă, idealizată, care îi susține și le oferă suport. Acest transfer poate fi clivat de transferul psihoterapeutic, și este înțelept dacă psihoterapeutul amână analiza lui. În cele din urmă, funcțiile de obiect al Sinelui ale AA pot fi internalizate suficient, încât să amelioreze autoîngrijirea și să crească autostima. După un anumit grad de internalizare, psihoterapeuții pot să facă trecerea în terapie de la accentul suportiv la unul mai expresiv.

Majoritatea terapeuților care lucrează cu pacienți alcoolici argumentează că abstinența este necesară pentru ca psihoterapia să fie eficientă (Frances et al., 2004). Totuși terapeuții recunosc, de asemenea, că recăderea este probabilă și că majoritatea terapeuților vor încerca să lucreze cu pacientul motivat să înțeleagă care sunt stresurile care produc recădere și cum să evite situațiile viitoare la risc înalt. Dar când pacienții continuă să bea masiv fără motivație sau interes să exploreze cauzele pentru consumul de alcool, ei pot să necesite trimiterea către un tratament într-o clinică. Scopul terapiei psihodinamice este să schimbe nevoia de substanțe înapoi la o nevoie de oameni, care include un terapeut (Frances et al., 2004).

Psihoterapia de grup este, de asemenea, frecvent folosită atât în tratamentul intraspitalicesc, cât și în cel în ambulatoriu al alcoolismului. Într-un studiu controlat randomizat al terapiei psihodinamice de grup și al terapiei cognitiv-comportamentale pentru pacienții dependenți de alcool (Sandahl et al., 1998), pacienții din ambele grupuri de tratament și-au ameliorat starea cu 15 ședințe săptămânale de grup de 90 de minute. Majoritatea pacienților din grupul de psihoterapie psihodinamică au fost în stare să mențină un model de consum de alcool pozitiv în timpul perioadei de urmărire de 15 luni după terapie, în contrast cu pacienții în tratament cognitiv-comportamental, care au recăzut în timp.

Alți terapeuți (de ex. Khantzian, 1986) au prevenit împotriva unei abordări de tip confruntare. Din cauza dificultății pe care o au mulți pacienți alcoolici în reglarea afectelor cum ar fi anxietatea, depresia și mânia, confruntarea într-un cadru de grup poate fi contraproductivă sau chiar nocivă. Cooper (1987) a împărtășit punctul de vedere al lui Khantzian conform căruia confruntarea trebuie să fie folosită judicios. El credea că terapeutul trebuie să empatizeze cu nevoia defensivă a individului alcoolic de a evita afectul dureros. Cooper a promovat grupurile intraspitalicești care se concentrează pe aici și acum, dar care sunt mai puțin orientate spre confruntare. El a raportat o rată de abstinență de 55% la pacienții din astfel de grupuri comparativ cu 16% pentru pacienții dintr-un program de grup intraspitalicesc fără psihoterapie de grup. Acei pacienți care rămân în terapia de grup cel puțin 25 de ore au arătat și o complianță mai mare cu alte aspecte ale programului.

12.1.2 Abordări psihodinamice ale consumului de drog

Deși modelul de boală este popular în multe programe de reabilitare de drog, abordările psihodinamice sunt mai larg acceptate și valorizate în tratamentul consumatorilor de drog decât în tratamentul persoanelor alcoolice. Vaillant (1988), de exemplu, a observat că consumatorii de multiple droguri, în contrast cu indivizii alcoolici, sunt mai susceptibili să fi avut copilării instabile, mai susceptibili să folosească droguri ca „automedicație" pentru simptome psihiatrice și mai susceptibili să beneficieze de pe urma eforturilor psihoterapeutice care să abordeze simptomatologia și patologia lor de caracter subiacente.

O cantitate considerabilă de literatură de cercetare sprijină asocierea dintre tulburarea de personalitate și depresia pe de-o parte, și dezvoltarea adicției la drog, pe de altă parte (Blatt et al., 1984a; Gorton și Akhtar, 1994; Grant et al., 2004; Kandel et al., 1978; Paton et al., 1997; Treece, 1984; Treece și Khantzian, 1986). Într-adevăr, o parte din asocierea dintre tulburările de personalitate din Grupa B și tulburările

cauzate de consumul de substanță pot fi explicate prin trăsăturile de personalitate subiacente comune, cum ar fi autodistructivitatea și impulsivitatea (Casillas și Clark, 2002).

În comparație cu persoanele alcoolice, consumatorii de drog au o probabilitate mult mai mare să aibă tulburări psihiatrice coexistente semnificative. Într-un studiu epidemiologic mare, care a implicat interviuri cu 20 291 de persoane (Regier et al., 1990), consumatorii de drog au avut o rată de comorbiditate de 53%, comparativ cu doar 37% pentru indivizii alcoolici. Studiile pe indivizii cu dependență la narcotice au găsit alte diagnostice psihiatrice în 80%–93% (Khantzian și Treece, 1985; Rounsaville et al., 1982). Rata de comorbiditate este mare și printre consumatorii de cocaină. 73% dintre cei care cer tratament întrunesc criteriile pe viață pentru altă tulburare psihiatrică, iar tulburările de anxietate, tulburarea de personalitate antisocială și tulburarea de deficit de atenție precedă de obicei începutul abuzului de cocaină, iar tulburările afective și abuzul de alcool urmează de obicei după începutul abuzului de cocaină (Rounsaville et al., 1991). Acest nivel înalt de comorbiditate creează probleme variate în orice cadru de tratament pentru indivizii dependenți, și majoritatea experților sunt de acord că prezența altor tulburări psihiatrice în contextul unei probleme majore de abuz de drog constituie o indicație pentru psihoterapie ca parte a programului de tratament (Mercer și Woody 2005).

Interpretarea analitică timpurie a oricărui abuz de substanță ca regresie la stadiul oral al dezvoltării psihosexuale a fost înlocuită de o înțelegere a abuzului de drog ca fiind mai degrabă *defensiv* și *adaptativ* decât regresiv (Khantzian, 1985b, 1986, 1997; Wurmser, 1974). Consumul de drog poate, de fapt, să producă o anulare a stărilor regresive prin reîntărirea apărărilor defectuale ale Eului împotriva afectelor puternice cum ar fi furia, rușinea și depresia. Formulările psihanalitice timpurii au descris frecvent persoanele cu dependență de drog ca pe niște hedoniști căutători de plăceri, înclinați spre autodistrugere. Investigatorii psihanalitici contemporani înțeleg comportamentul adictiv mai mult ca pe o reflectare a unui deficit în capacitatea de a-și purta de grijă decât ca pe un impuls autodistructiv (Khantzian, 1997). Această alterare a capacității de a-și purta de grijă rezultă din tulburări de dezvoltare timpurii care duc la o internalizare inadecvată a figurilor parentale, lăsând persoana dependentă fără capacitatea de autoprotecție. Prin urmare, majoritatea indivizilor cu dependență cronică de drog prezintă o alterare fundamentală a judecății despre pericolele abuzului de drog.

La fel de importantă în patogenia dependenței de drog este alterarea funcției de reglare a afectului și a impulsului și de menținere a autostimei (Treece și Khantzian 1986). Aceste deficite creează probleme corespunzătoare în relațiile de obiect. Abuzul masiv de droguri multiple a fost corelat direct cu incapacitatea persoanei dependente de a tolera

apropierea interpersonală (Nicholson și Treece, 1981; Treece, 1984). Ceea ce contribuie la aceste probleme de relație sunt vulnerabilitatea narcisică inerentă când există riscuri interpersonale și inabilitatea de modulare a afectelor asociate cu apropierea. Dodes (1990) a notat că indivizii dependenți se apără de un sentiment de lipsă de putere sau de neputință, controlându-și și reglându-și stările afective. Ingestia unui drog poate atunci să fie văzută ca o încercare disperată de a compensa deficite în funcționarea Eului, o autostimă slabă și probleme interpersonale corelate.

Mulți pacienți cu dependență de drog își perpetuează cu bună știință durerea și suferința continuând să folosească droguri. Khantzian (1997) a privit acest aspect de perpetuare a durerii al abuzului de substanță ca pe o manifestare a unei compulsii la repetiție a unei traume timpurii. În anumite cazuri, provocarea repetată de durere sieși reprezintă o încercare de a rezolva stări traumatice pe care persoanele respective nu și le pot aminti. Aceste stări există sub forma unor configurații presimbolice și inconștiente. Astfel, motivul pentru consumul de drog poate fi văzut ca fiind controlul suferinței mai mult decât eliberarea de ea.

Noțiunea că indivizii dependenți de drog practică automedicația duce direct la altă observație a investigatorilor psihodinamici contemporani — și anume, că substanțe specifice sunt alese pentru efecte psihologice și farmacologice specifice conform cu nevoile fiecăruia dintre ei. Afectul cel mai dureros este probabil cel care determină alegerea drogului. Khantzian (1997) a notat că cocaina pare a ușura suferința asociată cu depresia, hiperactivitatea și hipomania, pe când narcoticele par a scădea sentimentele de furie.

Un studiu în profunzime al indivizilor cu adicție la narcotice i-a condus pe Blatt et al. (1984a, 1984b) să conchidă că dependența de heroină este determinată multiplu de: 1) nevoia de a conține agresivitatea; 2) o nevoie de gratificare a dorințelor pentru o relație simbiotică cu o figură maternă și 3) o dorință de a diminua afectele depresive. Deși datele din cercetare indică faptul că un subgrup mic de indivizi cu dependență de narcotice suferă și de tulburare de personalitate antisocială (Rounsaville et al., 1982), Blatt și colegii săi au identificat un grup mai mare de persoane cu nevroză severă și cu dependență de opiacee care ar putea reprezenta majoritatea. Acești indivizi se luptă cu sentimente de lipsă de valoare, de vinovăție, de autocritică și de rușine. Depresia lor pare a se intensifica atunci când încearcă să devină apropiați de alții, astfel încât se retrag în „extazul" izolat provocat de heroină sau de alte narcotice, care are atât dimensiuni regresive, cât și de apărare. Nucleul depresiv al individului cu dependență de opiacee a fost și mai mult evidențiat de un studiu comparativ (Blatt et al., 1984a, 1984b) care a găsit că persoanele cu dependență de opiacee sunt semnificativ mai deprimate decât consumatorii de droguri multiple.

Studiul a identificat, de asemenea, autocritica drept o componentă principală a depresiei lor.

Descoperirea lui Blatt și a colegilor săi a unei corelații înalte între trăsăturile de personalitate de autocritică, dominate de Supraeu și care predispun la depresie, și dependența de opiacee a primit sprijin din partea muncii psihanalitice a lui Wurmser (1974, 1987a, 1987b) cu pacienți cu adicții. Wurmser a argumentat că acei indivizi cu adicție care pot beneficia de terapia psihanalitică nu au Supraeuri subdezvoltate, așa cum au persoanele antisociale cu adicții, ci au mai degrabă o conștiință excesiv de aspră. Substanța toxică este căutată ca o scăpare de un Supraeu chinuitor. Mulți consumatori de drog folosesc apărarea reprezentată de clivaj pentru a nega o reprezentare de sine drept consumator de drog, care alternează cu o reprezentare de sine ca neconsumator de drog. Acești indivizi se simt frecvent ca și cum altcineva i-ar conduce pentru o perioadă scurtă de timp. Wurmser a identificat succesul ca fiind un factor declanșator proeminent pentru un episod de abuz de drog. Sentimentele pozitive asociate cu realizarea de succes par a produce o stare alterată a conștiinței caracterizată prin sentimente de vinovăție și rușine. Consumul impulsiv de drog este văzut ca soluția la aceste afecte dureroase. Crize repetate de acest fel sunt caracterizate de o conștiință supraapăsătoare care devine atât de intolerabilă, încât sfidarea temporară pare a fi singurul mijloc de ușurare.

Investigatori psihanalitici recenți au căutat să lege o înțelegere a dependenței de drog de dezvoltările recente din neuroștiințe. Johnson (1999, 2001) a sugerat că trei forțe contribuie la tendințele adictive: 1) dificultatea de a tolera afectul, 2) probleme cu constanța obiectului care-l conduc pe consumator să vadă o substanță ca pe un substitut de obiect intern liniștitor și 3) o nevoie de drog cu baze biologice rezultată din schimbări în funcționarea cerebrală. El a sugerat calea tegmentală ventrală ca fiind de o importanță critică în înțelegerea acestui ultim fenomen, deoarece este calea pulsională care le conduce pe animale și pe ființele umane să caute apă, mâncare și sex. Johnson a observat că această cale este controlată de drogurile care provoacă adicție via expunerea episodică și neregulată la drog. Prin urmare, nevoia de drog devine o modalitate de expresie a pulsiunii. Psihoterapia psihodinamică ar trebui să se focalizeze pe a-i ajuta pe pacienți să reziste la acea dorință în timp ce examinează consecințele gratificării ei. Calea tegmentală ventrală activează și visul, și Johnson a observat că nevoia de droguri persistă în vise mult timp după ce dependența a fost rezolvată. Berridge și Robinson (1995) s-au referit la acest sistem de „dorință" ca rezultând dintr-o sensibilizare a unei căi nervoase specifice în creier. Ei au subliniat că el acționează inconștient și irațional, astfel încât să conducă organismul să satisfacă „dorința". În această formulare, noțiunea

psihanalitică fundamentală de pulsiune este legată de experiența consumatorului de drog.

Un număr de rapoarte din Studiul Administrației Penn a veteranilor (Woody et al., 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1995) au demonstrat într-un mod convingător cu metodologie riguroasă că a adăuga psihoterapia la planul de tratament global al pacienților cu dependență de narcotice aduce beneficii clare. Pacienții cu dependență de narcotice aflați într-un program de întreținere cu metadonă au fost desemnați prin randomizare să fie tratați printr-una dintre cele trei scheme: 1) doar consiliere referitoare la drog cu paraprofesioniști, 2) psihoterapie expresiv-suportivă plus consiliere referitoare la drog sau 3) psihoterapie cognitiv-comportamentală plus consiliere. Din 110 pacienți care au parcurs programul complet de tratament, cei care au urmat psihoterapia și-au ameliorat considerabil mai mult starea decât cei care au primit doar consiliere. Psihoterapia expresiv-suportivă bazată pe principii dinamice a avut drept rezultat o ameliorare mai mare a simptomelor psihiatrice și mai mult succes în găsirea și păstrarea unei slujbe decât psihoterapia cognitiv-comportamentală (Woody et al., 1983). Acei pacienți care erau deprimați au arătat cea mai mare ameliorare, urmați de pacienții care sufereau de adicție la opiacee, dar care nu prezentau nici o altă tulburare psihiatrică. Aceia doar cu tulburare de personalitate antisocială nu au avut beneficii din psihoterapie (Woody et al., 1985). Pacienții cu tulburare de personalitate antisocială și-au ameliorat starea doar când depresia a fost și ea un simptom.

Când cercetătorii au împărțit cei 110 pacienți care urmaseră o psihoterapie în grupuri după severitatea simptomelor lor psihiatrice, ei au observat că pacienții din grupul cu severitate redusă au făcut progrese egale cu consiliere sau cu psihoterapie, pe când pacienții cu un grad mediu de severitate au avut un rezultat mai bun cu planurile de tratament ce au combinat ambele abordări (deși unii și-au ameliorat starea doar prin consiliere). Totuși grupul cu simptome psihiatrice extrem de severe a realizat puține progrese doar cu consiliere, dar a făcut progrese considerabile când s-a adăugat psihoterapia: după 7 luni, acei pacienți din grup care au făcut psihoterapie au folosit atât droguri licite, cât și ilicite mult mai puțin des decât cei care nu au făcut psihoterapie. Aceste schimbări au fost menținute după 12 luni (Woody et al., 1987), chiar dacă subiecții nu mai erau în psihoterapie (durata tratamentului psihoterapeutic a fost de 6 luni).

Într-un studiu parțial de replicare (Woody et al., 1995), ambele grupuri au prezentat câștiguri semnificative într-o lună; la 6 luni, multe dintre câștigurile obținute de pacienții care urmaseră consilierea referitoare la drog începuseră să scadă. Pe de altă parte, majoritatea câștigurilor obținute de pacienții ce urmaseră terapia expresiv-suportivă au persistat sau erau încă evidente. Toate diferențele semnificative au favorizat grupul

cu psihoterapie expresiv-suportivă. Această abordare comprehensivă de tratament este, de asemenea, foarte eficientă și în ceea ce privește costul (Gabbard et al., 1997). McLellan et al. (1993) au găsit că adăugarea psihoterapiei la tratamentul standard de întreținere cu metadonă a dus la o capacitate de câștig mai mare, la o solicitare mai mică de ajutor social și la rate de spitalizare izbitor mai mici pentru pacienți.

Deși terapia de grup este larg folosită, datele care confirmă valoarea sa au apărut abia recent. Studiul în colaborare asupra abuzului de cocaină al Institutului Național de Studiu al Abuzului de Drog (Crits-Christoph et al., 1999) a examinat tratamentele în ambulatoriu ale unor persoane dependente de cocaină. Ei au găsit combinația terapiei de grup cu terapia individuală sau cu consilierea ca fiind de mare succes în a reduce sau a elimina consumul de cocaină. Terapia de grup s-a desfășurat o dată pe săptămână, pe când terapia individuală a început cu o frecvență de două ori pe săptămână pentru a fi redusă treptat la o dată pe săptămână. În această populație, riscul HIV trebuie să fie o problemă majoră de luat în considerare de către toți terapeuții. Un alt beneficiu al psihoterapiei în acest studiu a fost asocierea sa cu o scădere de 49% a riscului HIV pe tot parcursul tratamentului și în toate grupurile etnice și de gen, bazată primar pe schimbările de practică sexuală care implică mai puține episoade de sex neprotejat și mai puțini parteneri (Woody et al., 2003).

Terapeuții trebuie să se adreseze credinței apărate cu tenacitate a pacientului că folosirea drogului este o soluție adaptativă la problemele de viață. Terapeutul trebuie să identifice problemele subiacente ale modulării afectelor, ale reglării autostimei și ale relaționării cu ceilalți pentru a ajuta persoana dependentă să descopere răspunsuri alternative la aceste probleme. Un studiu efectuat pe 240 de pacienți aflați în tratament de întreținere cu metadonă și care au completat autoevaluarea dată de Inventarul Bell de testare a realității relațiilor de obiect a găsit că acești pacienți au prezentat afectări specifice ale relațiilor de obiect (Rutherford et al., 1996). Scorurile au fost mai joase pentru cei cu tulburări pe Axa II în asociere cu adicția.

O dificultate pe care este cel mai probabil ca psihoterapeuții să o întâmpine este alexitimia frecventă la mulți pacienți cu adicție (Krystal, 1982–1983). Cu alte cuvinte, majoritatea acestor pacienți nu sunt în stare să-și recunoască și să-și identifice stările afective interne. În faza timpurie a terapiei, trebuie să aibă loc o muncă importantă de educație, terapeutul explicând cum experiența sentimentelor neplăcute duce inițial la abuz de drog. Acești pacienți trebuie să fie ajutați să-și conțină și să-și tolereze afectele, astfel încât să poată substitui acțiunilor cum ar fi ingestia unui drog cuvinte care să descrie stările lor interioare. Terapeutul poate să-i asiste pe pacienți în acest sens prin identificarea sentimentelor care apar în timpul orei de terapie.

Un proces de psihoterapie individuală este mult mai probabil să aibă succes în contextul unui program comprehensiv. Khantzian (1986) a sugerat conceptul de terapeut de îngrijire primară — un individ care facilitează implicarea pacientului cu adicție în toate modalitățile de tratament. Terapeutul de îngrijire primară analizează rezistența pacientului în a accepta alte forme de tratament, cum ar fi Narcoticii Anonimi (NA) sau terapia de grup, dar asigură și un mediu conținător pentru a face față afectelor puternice mobilizate în procesul de tratament. El sau ea trebuie să participe și la deciziile de tratament care implică alte modalități. În acest model, accentul este mai mult suportiv decât expresiv la începutul tratamentului, și rolul terapeutului este similar cu cel al unui medic de spital care lucrează cu un pacient spitalizat.

Treece și Khantzian (1986) au identificat patru componente esențiale ale programului de tratament pentru stăpânirea dependenței de drog: 1) un substitut pentru dependența de substanțe chimice (adică, NA, un sistem alternativ de credințe sau o dependență benignă de o persoană sau de o instituție religioasă); 2) un tratament adecvat pentru alte tulburări psihiatrice care să includă medicație psihotropă adecvată și psihoterapie; 3) o abstinență întărită (adică antagoniști ai drogului, supravegherea urinei, perioadă de probă, substitute de drog ca metadona, sisteme de suport extern) în timpul unui proces de maturizare psihologică; și 4) promovarea creșterii și a schimbării structurale de personalitate prin psihoterapie.

În rezumat, indicațiile pentru psihoterapia expresiv-suportivă pot fi conceptualizate după cum urmează: 1) psihopatologia serioasă, alta decât abuzul de drog; 2) angajarea într-un program de tratament global care include NA sau alt grup de suport, abstinență întărită, posibil un substitut de drog cum ar fi metadona, și medicație psihotropă adecvată; 3) fără diagnostic de tulburare de personalitate antisocială (cu excepția cazului în care este prezentă și depresia); și 4) motivație suficientă pentru a respecta programările la ședințe și a se angaja în proces. Indicațiile pentru o accentuare expresivă sau suportivă după ce procesul este bine lansat sunt determinate în mare parte de aceiași factori care determină accentuarea în orice alt proces psihoterapeutic (vezi Tabelul 4–1 în Capitolul 4).

12.2 Tulburările de comportament alimentar

Tulburările de comportament alimentar par a fi probleme ale timpului nostru. Mijloacele electronice mediatice ne bombardează zilnic cu imagini de femei slabe care „le au pe toate". Pacientul tipic cu

tulburare de comportament alimentar este alb, educat, de sex feminin, avantajat din punct de vedere economic și un produs al culturii vestice (Johnson et al., 1989). Deși tulburările de comportament alimentar sunt împărțite în mod obișnuit în anorexia nervoasă și bulimia nervoasă, cele două grupuri de simptome se suprapun frecvent în prezentarea lor clinică. În plus, tulburările de comportament alimentar în accese sunt recunoscute din ce în ce mai mult ca o entitate semnificativă de sine stătătoare. În general, indivizii anorexici sunt mai puțin susceptibili să ceară tratament sau să urmeze programele de tratament. Prin urmare, anorexia și bulimia nervoase pot fi deosebite, într-o anumită măsură, prin gradul în care schimbarea este căutată și realizată (Vitousek și Gray, 2005). Într-un studiu a 103 psihiatri și psihologi experimentați care au folosit un procedeu de tip k-sort [clasificarea unor itemi prin prioritate cu respectarea distribuției lor posibile — *n.t.*], Westen și Harden-Fischer (2001) au evaluat modul de funcționare a personalității la pacienți care erau sub tratament pentru bulimie sau anorexie. În acest studiu, s-au evidențiat trei categorii de pacienți: un grup dereglat/slab controlat emoțional, un grup reținut/supracontrolat și un grup cu grad înalt de funcționare/perfecționist. Aceste categorii par a fi relevante pentru etiologie, prognostic și tratament, și investigatorii au sugerat că simptomele de pe Axa I sunt doar o componentă a înțelegerii și a tratamentului pacienților cu probleme de comportament alimentar. Datele au sugerat, de asemenea, că simptomele tulburării de comportament alimentar pot fi doar o expresie a unui pattern al impulsului și al reglării afectului mai general. Cu alte cuvinte, pentru pacienții din grupul dereglat/slab controlat emoțional, simptomele de bulimie pot reprezenta o problemă generală de impulsivitate, pe când la tipul cu perfecționism înalt și cu grad înalt de funcționare, ele pot să nu aibă această semnificație. În orice caz, în acest capitol, discuțiile sunt împărțite în categoriile tradiționale ale anorexiei nervoase și bulimiei nervoase, deoarece principiile de tratament și înțelegerea psihodinamică au evoluat în general separat. Cititorii trebuie să păstreze totuși în minte că, în practică, cineva trebuie să combine principii aparținând celor două entități diferite în tratamentul unei tulburări particulare de comportament alimentar și să se ghideze și după trăsăturile majore ale personalității.

12.2.1 Anorexia nervoasă

Denumirea *anorexie nervoasă* poate fi înșelătoare, deoarece cuvântul *anorexie* implică faptul că pierderea apetitului este problema centrală. Pecetea diagnostică a anorexiei nervoase este de fapt urmărirea fanatică a slăbiciunii legată de o teamă copleșitoare de a nu deveni grasă. Este

frecvent folosită pentru a pune diagnosticul o reducere arbitrară de mai puțin de 85% din greutatea corporală minimă normală pentru o anumită vârstă și greutate. Amenoreea este o trăsătură proeminentă a anorexiei nervoase la femei. Deși 5%–10% dintre indivizii afectați sunt bărbați, trăsăturile lor clinice și psihodinamice sunt remarcabil de similare cu cele ale femeilor.

Înțelegere psihodinamică

În ultimele câteva decade, studiile fructuoase ale lui Hilde Bruch (1973, 1978, 1982, 1987) au funcționat ca un far în întuneric pentru clinicienii care tratează pacienți anorexici. Ea a observat că preocuparea cu mâncarea și greutatea este o manifestare relativ tardivă, emblematică pentru o tulburare mai fundamentală a concepției despre sine. Majoritatea pacienților cu anorexie nervoasă au o puternică convingere că ei sunt neputincioși și ineficienți în mod evident. Boala apare frecvent la „fetele bune" care și-au petrecut viața încercând să-și mulțumească părinții, pentru ca să devină dintr-o dată încăpățânate și negativiste în adolescență. Corpul este resimțit frecvent ca fiind separat de sine, ca și cum ar aparține părinților. Acestor paciente le lipsește orice sens al autonomiei într-atât, încât ele nici măcar nu simt că au controlul funcțiilor lor corporale. Postura de apărare premorbidă de a fi o fetiță perfectă apără de obicei împotriva unui sentiment subiacent de lipsă de valoare.

Bruch a urmărit originile în dezvoltare ale anorexiei nervoase până la o relație perturbată între sugar și mama lui. Mai specific, mama pare a se ocupa de copil în funcție de propriile ei nevoi mai mult decât de cele ale copilului. Când semnalele inițiate de copil nu primesc răspunsuri de confirmare și de validare, copilul nu poate dezvolta un sens sănătos al Sinelui. În schimb, copilul se simte pe sine doar ca pe o extensie a mamei sale, nu ca pe un centru autonom cu drepturi proprii. Bruch a înțeles comportamentul pacientului anorexic ca pe un efort frenetic de a câștiga admirație și validare ca persoană unică și specială cu atribute extraordinare.

Terapeuții de familie, ca Selvini Palazzoli (1978) și Minuchin (Minuchin et al., 1978), au confirmat și au elaborat câteva dintre conceptele dinamice ale lui Bruch. Minuchin și colegii săi au descris un model de nediferențiere în familiile pacienților anorexici unde există o absență generală a limitelor generaționale și personale. Fiecare membru al familiei este supraimplicat în viața fiecărui alt membru al familiei, astfel încât nimeni nu are un sens al identității separate de cel al matricei familiale. Selvini Palazzoli (1978) a notat, de asemenea, că pacienții cu anorexie nervoasă au fost incapabili să se separe psihologic de mama

lor, ceea ce a avut drept rezultat un eșec de a dobândi orice sens stabil al propriilor lor corpuri. Corpul este adesea perceput ca și cum ar fi locuit de un introiect matern rău și înfometarea poate fi o încercare de a opri creșterea acestui obiect intern intruziv, ostil. Williams (1997) a subliniat în mod similar că părinții unui pacient anorexic tind să-și proiecteze anxietatea pe copilul lor în loc să o conțină. Aceste proiecții pot fi resimțite drept corpuri străine ostile în interiorul copilului. Pentru a se proteja pe sine de sentimentele și fantasmele nemetabolizate proiectate în ea de părinții săi, tânăra fată poate să dezvolte un sistem de apărări „nu se intră", concretizat prin a nu mânca.

Postura de apărare extremă a anorexiei nervoase sugerează că un impuls subiacent puternic garantează o asemenea strategie. Într-adevăr, Boris (1984b) a notat că lăcomia intensă reprezintă nucleul anorexiei nervoase. Dorințele orale sunt totuși atât de inacceptabile, încât trebuie tratate într-un mod proiectiv. Prin identificare proiectivă, reprezentarea unui Sine lacom și plin de nevoi este transferată părinților. Ca răspuns la refuzul pacientei de a mânca, părinții devin obsedați dacă pacienta mănâncă sau nu; ei devin cei care au dorințe. Într-o formulare influențată de gândirea kleiniană, Boris conceptualizează anorexia nervoasă ca pe o inabilitate de a primi lucruri bune de la alții din cauza unei dorințe disproporționate de a poseda. Orice act de a primi mâncare sau iubire îi confruntă direct pe acești pacienți cu faptul că nu pot poseda ceea ce vor. Soluția lor este de a nu primi nimic de la nimeni. Invidia și lăcomia sunt frecvent strâns legate în inconștient. Pacienta invidiază lucrurile bune pe care le posedă mama — iubire, compasiune, capacitate de a crește pe cineva —, dar a le primi crește pur și simplu invidia. A renunța la ele sprijină fantasma inconștientă de a strica ceea ce este invidiat, nu departe de vulpea din fabula lui Esop care a conchis că strugurii pe care nu i-a putut atinge sunt acri. Pacienta transmite următorul mesaj: „Nu există nimic bun pentru mine pentru a fi posedat, așa încât voi renunța simplu la toate dorințele mele". O asemenea renunțare face din pacienta anorexică obiectul dorinței altora și, în fantasma sa, obiectul invidiei și al admirației lor, deoarece ei sunt „impresionați" de autocontrolul ei. Mâncarea simbolizează calitățile lor pozitive pe care ea și le dorește în ea însăși; a fi înrobită de foame este preferabil față de a dori să posede figura maternă.

Construind pe concepțiile lui Boris, Bromberg (2001) a sugerat că pacientele cu anorexie nervoasă transformă dorința în renunțare prin mecanismul de disociere. Văzându-le pe aceste paciente ca și cum cresc cu lipsa unei forme de relație umană care să le permită să dezvolte autoreglarea stărilor afective, Bromberg a sugerat că pacienta se disociază în stări separate ale Sinelui ca o modalitate de a izola experiențe traumatice și de a funcționa la maximum fără a fi contaminată cu afecte intense. Ca și Boris, el a văzut pacientele anorexice ca fiind

înrobite de inabilitatea lor de a conține dorința ca pe un afect ce poate fi reglat. Ele simt că nu pot ține dorința destul de mult astfel încât să facă alegeri rezonabile. De aceea, problema legată de cine ține dorința în diada terapeutică devine o problemă majoră în tratament.

Majoritatea formulărilor din teoria dezvoltării asupra originilor anorexiei nervoase se concentrează pe diada mamă–fiică. Bemporad și Ratey (1985) totuși au observat un model caracteristic al implicării paterne cu fiicele anorexice. Tatăl tipic era grijuliu și suportiv în mod superficial, dar o abandona emoțional pe fiica sa ori de câte ori ea avea nevoie de el cu adevărat. În plus, mulți tați de paciente anorexice mai degrabă caută să obțină suport de la fiicele lor în loc să-l ofere. Ambii părinți suferă frecvent dezamăgiri serioase în căsătoria lor, acestea determinându-l pe fiecare dintre ei să caute susținere emoțională la fiica lor.

În termeni de psihologie a Sinelui, fiica poate fi tratată ca un obiect al Sinelui care oferă oglindire și are funcții de validare pentru fiecare părinte, dar căruia îi este negat sentimentul propriu al Sinelui. Copila, în schimb, nu se poate baza pe ființe umane care să-i mulțumească nevoia proprie de obiect al Sinelui. Copila anorexică se îndoiește serios că părinții sau orice altă figură semnificativă din viața ei va renunța fie chiar și temporar la propriile interese și nevoi pentru a-i împlini nevoile ei de liniștire, de afirmare și de oglindire (Bachar et al., 1999). Copila poate să persiste în înfometare și restricție într-o încercare disperată de a-i forța pe părinții ei să acorde atenție suferinței ei și să-i recunoască nevoia ei de ajutor.

Pentru a rezuma înțelegerea noastră psihodinamică a anorexiei nervoase, comportamentul de autoînfometare pe față este un simptom cu determinări multiple. Este 1) o încercare disperată de a fi special și unic, 2) un atac asupra sentimentului fals al Sinelui creat de expectațiile parentale, 3) o expresie a unui Sine adevărat în stare născândă, 4) un atac asupra unui introiect matern ostil văzut ca echivalent al corpului, 5) o apărare împotriva lăcomiei și invidiei, 6) un efort pentru a-i face pe ceilalți — mai degrabă decât pe pacientă — să se simtă lacomi și neputincioși, 7) o încercare defensivă de a împiedica ca proiecții nemetabolizate ale părinților să intre în pacientă, 8) un țipăt crescând de ajutor pentru a-i scutura pe părinți să iasă din absorbția în ei înșiși și să-i facă conștienți de suferințele copilului și 9) în unele cazuri, o apărare disociativă în stări ale Sinelui separate ca o modalitate de reglare a afectului intens.

Acești factori psihodinamici sunt însoțiți, de asemenea, de unele trăsături cognitive caracteristice, care includ percepția greșită a imaginii propriului corp, gândirea „tot sau nimic", gândirea magică și gândurile și ritualurile obsesiv-compulsive. Prezența simptomelor obsesiv-compulsive i-a făcut pe unii dintre cercetători să se întrebe dacă tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă coexistă cu anorexia nervoasă.

Această presupunere este combătută de nonfiabilitatea notorie a diagnosticelor de tulburare de personalitate în prezența înfometării (Kaplan și Woodsite, 1987; Powers, 1984). Multe simptome, inclusiv comportamentul obsesiv-compulsiv, apar secundar înfometării. De asemenea, caracteristicile premorbide ale personalității se accentuează în stări de deficit nutrițional. În final, dacă există cu adevărat o prevalență crescută a tulburărilor de personalitate la pacienții care au anorexie nervoasă și bulimie nervoasă nu este în mod necesar confirmat de studiile de urmărire longitudinală ale tulburărilor de personalitate (Grilo et al., 2003).

Abordări terapeutice

Clinicienii care tratează pacientele cu anorexie nervoasă sunt în consens asupra faptului că scopurile tratamentului nu trebuie să se concentreze în mod îngust pe câștigul în greutate (Boris, 1984a, 1984b; Bruch, 1973, 1978, 1982, 1987; Chessick, 1985; Dare, 1995; Hsu, 1986; Hughes, 1997; Powers, 1984). O abordare pe „două căi", susținută de Garner et al. (1986), cuprinde o primă treaptă de restaurare a alimentării pentru câștigul în greutate. O dată ce această treaptă este îndeplinită, poate începe cea de a doua treaptă a intervenției psihoterapeutice. Pacientele anorexice își ameliorează mult mai mult starea atunci când sunt tratate printr-un amestec de terapie familială și psihoterapie dinamică individuală decât când sunt tratate simplu prin măsuri educaționale menite să controleze greutatea (Dare, 1995; Hall și Crisp, 1983). Psihoterapia expresiv-suportivă individuală pe termen lung este piatra unghiulară a tratamentului. Dacă nu ne adresăm tulburării de Sine subiacente a pacientei și distorsiunilor relațiilor de obiect interne asociate, pacienta va avea o evoluție cu recăderi și internări în spital repetate (Bruch, 1982). Pentru acele paciente care trăiesc acasă, terapia familială poate fi un adjuvant valoros la terapia individuală. Deși unele paciente par a beneficia de terapia de grup (Lieb și Thompson, 1984; Polivy, 1981), datele limitate sugerează că dintre cei care beneficiază, cei mai mulți nu au tulburări de personalitate asociate (Maher, 1984).

Majoritatea clinicienilor psihodinamici combină tratamentul anorexiei nervoase cu tehnici împrumutate de la alte modele pentru a aborda falsele credințe, problemele de nutriție și dificultățile familiale (Vitousek și Gray, 2005). Salvarea vieții pacientei depășește în importanță orice fidelitate față de o abordare teoretică favorită. Astfel, spitalizarea este folosită frecvent în timpul psihoterapiei individuale. Deși nu există nici un acord universal asupra indicațiilor pentru tratamentul în spital, o pierdere de 30% din greutatea normală a corpului este o regulă neoficială bună pentru a determina dacă este necesară

spitalizarea (Garfinkel și Garner, 1982). Aproximativ 80% dintre toate pacientele anorexice vor câștiga în greutate cu tratamentul din spital (Hsu, 1986), dat fiind că personalul din spital poate crea un mediu specific. Așa cum am descris în Capitolul 6, membrii personalului din spital trebuie să fie conștienți de eforturile inconștiente ale pacientei de a repune în act lupta familială în mediul spitalicesc. Ei trebuie să transmită interesul lor de a o ajuta pe pacientă să-și recapete greutatea fără să devină excesiv de preocupați de aceasta și fără să formuleze cereri similare cu cele pe care le-ar formula părinții. Pacienta poate fi ajutată să facă față fricii de a pierde controlul prin aranjarea unui plan de alimentație cu mese frecvente, dar mici cu un membru al personalului de îngrijire care este disponibil să discute despre anxietatea pacientei în legătură cu a mânca. Orice câștig în greutate trebuie raportat pacientei cu aprecieri pozitive concomitente. Orice vomă sau purgație ascunsă trebuie adusă în discuție și controlată prin măsuri structurale, cum ar fi închiderea cu cheia a ușii de la baie. Se poate să fie nevoie ca membrii echipei terapeutice să asigure pacienta că nu vor permite o creștere prea mare în greutate, ajutând-o astfel să capete încredere în ei.

Spitalizările scurte sunt rareori curative, așa cum nu sunt nici programele de tratament care cer o greutate medie normală și care apoi ignoră anxietatea intensă provocată de o astfel de cerere (Bruch, 1982). Cel puțin 50% dintre pacientele care își controlează cu succes anorexia nervoasă cu tratament spitalicesc vor recădea într-un an (Hsu, 1980). Pentru cele 20% care nu răspund la spitalizarea scurtă, este indicată spitalizarea pe termen lung.

Psihoterapia expresiv-suportivă necesită de multe ori câțiva ani de muncă dificilă din cauza rezistenței formidabile opuse de pacienta anorexică. Sunt utile patru principii tehnice de orientare (Tabel 12–1).

Tabel 12–1. Ghid tehnic în psihoterapia pacientelor anorexice.

Evitarea investiției excesive în încercarea de a schimba comportamentul alimentar
Evitarea interpretărilor timpurii în terapie
Monitorizarea atentă a contratransferului
Examinarea distorsiunilor cognitive

1. *Evitarea investiției excesive în încercarea de a schimba comportamentul alimentar.* Așa cum a observat Boris (1984b), „ceea ce noi numim simptomele lor ele numesc salvarea lor" (p. 315). Pacienta vede anorexia nervoasă ca fiind soluția unei probleme interne. Psihoterapeuții care o definesc imediat ca pe o problemă care trebuie să sufere o schimbare își reduc șansele de a forma o alianță terapeutică viabilă. Comportamentul asociat cu anorexia nervoasă provoacă cereri și expectații de schimbare din partea părinților pacientei. Prin

identificare proiectivă, este probabil ca terapeutul să simtă o presiune puternică spre a se identifica cu obiectele interne proiectate ale pacientei care sunt asociate cu părinții. În loc să acționeze conform acelei presiuni și să devină o figură parentală, terapeutul trebuie să încerce să înțeleagă lumea internă a pacientei. O formă a acestei repuneri în act este echivalarea mâncării cu vorbitul. Așa cum pacienta își provoacă părinții prin refuzul de a mânca, ea va încerca să-și provoace terapeutul prin refuzul de a vorbi (Mintz, 1988). La începutul terapiei, poate astfel să fie util să clarificăm că scopul primar al tratamentului este de a înțelege mai degrabă tulburarea emoțională subiacentă decât problema refuzului de a mânca (Bruch, 1982; Chessick, 1985). Terapeuții trebuie să admită experiența pacientei conform căreia autodisciplina asociată cu anorexia nervoasă este într-un fel o realizare (Bromberg, 2001) și în același timp să evidențieze ameliorarea capacității de a gândi și de a comunica o dată cu ameliorarea nutrițională.

2. *Evitarea interpretărilor timpurii în terapie.* Interpretările unor dorințe sau frici inconștiente vor fi resimțite de pacienta anorexică ca pe o repetiție a istoriei ei de viață. Altcineva îi spune ei ce simte ea în realitate, în timp ce experiența ei conștientă este minimalizată și invalidată. Mai mult, sarcina terapeutului ar fi să valideze și să empatizeze cu experiența internă a pacientei (Bruch, 1987; Chessick, 1985). Terapeutul trebuie să arate un interes activ în ceea ce pacienta gândește și simte, transmițând mesajul că pacienta este o persoană autonomă îndreptățită să aibă propriile idei despre boala ei. Este de o importanță majoră să ajutăm pacienta să-și definească propriile stări afective. Acțiunile și deciziile care-și au originea în aceste stări trebuie legitimate și respectate. Terapeutul poate să o ajute pe pacientă să exploreze diferite opțiuni, dar ar trebui să se abțină să-i spună ce să facă (Chessick, 1985). Această abordare suportivă, empatică, de construcție a Eului va facilita introiecția terapeutului ca pe un obiect benign. Bruch (1987) a sugerat evidențierea pozitivului și conceptualizarea terapiei ca pe o experiență în care pacientele își vor descoperi calitățile pozitive. Ea a recunoscut că abordarea ei are multe similitudini cu abordarea de tip psihologie a Sinelui a lui Kohut (1984). Chessick (1985) a împărtășit acest punct de vedere conform căruia este improbabil ca insight-ul asupra conflictului inconștient să fie curativ la aceste paciente. Deși puțin mai optimist în ceea ce privește utilizarea interpretărilor, Boris (1984a) a recomandat abținerea de la interpretări până când pacienta se regăsește. Chiar și atunci, el a susținut vorbitul „în aer" în loc de adresarea directă către pacientă, introducând astfel o anumită distanță în relație și respectând limitele pacientei. Asemenea interpretări trebuie prezentate doar ca ipoteze, așa cum ai vorbi cu un coleg imaginar

mai degrabă decât cum ai exprima o concluzie definitivă către pacientă.

3. *Monitorizarea atentă a contratransferului.* Pacientele anorexice cred în mod curent că părinții lor vor ca ele să câștige în greutate, astfel încât ceilalți să nu-i considere pe ei ca pe niște oameni care au eșuat (Powers, 1984). Este probabil ca terapeutul să devină anxios cu privire la lucruri similare. În special terapeuții care lucrează în cadrul unei echipe terapeutice organizate pot să înceapă să simtă că alții judecă negativ munca lor dacă pacientele lor eșuează în a lua în greutate. Această teamă contratransferențială poate să-l conducă pe terapeut să cadă în capcana identificării cu părinții pacientei. Situația ideală pentru psihoterapia individuală este ca o altă persoană să fie abilitată să monitorizeze câștigul în greutate, lăsându-l pe terapeut liber să exploreze problemele psihologice subiacente ale pacientei. Când spitalizarea este necesară pentru controlul greutății, psihiatrul care internează pacienta poate să se ocupe de aportul de alimente, în timp ce psihoterapeutul continuă munca de psihoterapie în spital. În acest cadru, psihoterapeutul poate lucra în mod productiv cu echipa.

   Hughes (1997) a descris frumos câteva dintre dilemele contratransferențiale tipice întâlnite în tratamentul pacientelor cu anorexie nervoasă. Așa cum pacienta îi ține pe părinți implicați în încercarea de a ajuta, dar care eșuează întotdeauna, ea îl angajează și pe terapeut în acel rol. Frecvent, pacienta se prezintă pe sine ca încercând să coopereze cu tratamentul și apoi sabotează ajutorul acordat de terapeut. Cu pacientele anorexice, alianța terapeutică este în mod tipic mult mai slabă decât pare și terapeutul trebuie să facă față frustrării de a se simți înșelat de pacientă. În mânuirea contratransferului, este util să ne amintim că pacienta înțelege progresul ca echivalent cu creșterea și separarea de familie, ambele fiind resimțite ca foarte amenințătoare. Anxietatea este provocată în terapeut de faptul că pacienta flirtează cu moartea, ceea ce este și mai frustrant din cauza negării frecvente de către pacientă a dorințelor suicidare. Așa cum familiile pot să se epuizeze și să se înfurie și chiar să dezvolte dorințe inconștiente criminale față de pacienta anorexică, terapeutul poate și el să simtă disperare, furie ucigașă și senzația că nimeni altcineva nu apreciază bine potențialul letal al pacientei.

4. *Examinarea distorsiunilor cognitive.* Percepțiile greșite ale mărimii corpului și credințele cognitive ilogice trebuie explorate împreună cu pacienta fără a fi judecate. Vitousek și Gray (2005) au subliniat similaritatea dintre abordarea lui Bruch care pune sub semnul întrebării concluziile ilogice și presupunerile false și principiile terapiei cognitive acceptate în mod curent. În mod clar, psihoterapeutul trebuie să-și asume un rol educativ cu aceste paciente, ajutân-

du-le să înțeleagă efectele înfometării asupra cogniției. Totuși, el trebuie să caute să educe fără să formuleze o cerere pentru schimbare. Alternativ, terapeutul poate doar să exploreze consecințele alegerilor pacientei.

Acest ghid tehnic, deși util, nu trebuie luat drept o formulă tip „carte de bucate" pentru psihoterapia pacientelor anorexice. Terapeuții trebuie să fie flexibili, perseverenți și stabili în fața tendinței pacientei de a „amâna" procesul terapeutic până când va putea fi lăsată din nou singură. Distorsiunile imaginii corporale, care se apropie frecvent de proporțiile delirante, pot fi deosebit de refractare la eforturile educaționale și terapeutice. Terapeuții trebuie să fie conștienți de disperarea și frustrarea din contratransfer care pot să-i ducă la încercarea de a o forța pe pacientă să „vadă lucrurile așa cum sunt în realitate".

Deși anorexia nervoasă poate să pară ca fiind foarte rezistentă la tratament pe termen scurt, multe paciente își ameliorează starea în final. Pe un studiu de urmărire pe termen lung (Sullivan et al., 1998), doar 10% dintre pacientele urmărite în medie 12 ani după trimiterea inițială la tratament prezintă încă criteriile pentru anorexia nervoasă. Totuși multe încă se luptă cu unele dintre trăsăturile bolii, inclusiv perfecționismul și o greutate corporală relativ scăzută. Pe de altă parte, într-o trecere în revistă a 300 de paciente în patru serii diferite, Hsu (1991) a calculat că una din șapte sau 14% dintre paciente au murit ulterior prin suicid sau prin complicațiile bolii. Într-un studiu pe 5 ani de urmărire prin comparație a terapiei familiale și a terapiei suportive individuale (Eisler et al., 1997), ambele tratamente au produs ameliorări semnificative. Pacientele cu debut timpuriu și un istoric scurt de anorexie nervoasă par a evolua mai bine cu terapie familială, pe când cele cu debut tardiv par a evolua mai bine cu terapie suportivă individuală. Într-o trecere în revistă a tuturor studiilor terapeutice, Vitousek și Gray (2005) au tras concluzia că nici o formă de psihoterapie nu a fost dovedită a lucra mai bine decât alta pentru pacientele anorexice adulte, și ei au observat că nici o intervenție de nici un fel, medicație sau psihoterapie, nu este foarte eficientă la pacientele care suferă de această tulburare înalt rezistentă la tratament.

12.2.2 Bulimia nervoasă

Pacientele cu bulimie nervoasă se disting în general de cele cu anorexie nervoasă pe baza greutății relativ normale și prezența acceselor de supraalimentare și a eliminării alimentelor. Pacientele emaciate care prezintă și accese de supraalimentare și de eliminare sunt frecvent clasificate ca anorexice, subgrupul bulimic (Hsu, 1986). Datele care se

acumulează sugerează o legătură considerabilă între cele două tulburări (Garner, et al. 1986). Cel puțin 40%–50% dintre toate pacientele anorexice au și bulimie (Garfinkel et al., 1980; Hall et al., 1984; Hsu et al., 1979). Datele de urmărire pe termen lung sugerează că într-o perioadă lungă de timp, anorexia nervoasă poate să se transforme în bulimie nervoasă, dar modelul invers este mult mai rar (Hsu, 1991). De asemenea, bulimia nervoasă poate să varieze în funcție de dimensiunile personalității care implică controlul impulsului și reglarea afectului identificate de Westen și Harnden-Fischer (2001). Comorbiditatea poate și ea să aibă un impact profund.

Așa cum a observat cu elocință Yager (1984),

> Bulimia nu este o boală. Nici nu este un simplu obicei. Bulimia este eterogenă și, precum pneumonia, poate să rezulte dintr-o varietate de cauze. Am găsit util să conceptualizez bulimia ca pe un obicei sau un model de comportament înrădăcinat într-o personalitate, care la rândul său este înrădăcinată într-un substrat biologic, și toate acestea înrădăcinate într-o cultură în care bulimia pare a se dezvolta într-un ritm crescut (p. 63).

Înțelegere psihodinamică

Când iau în considerare psihodinamica bulimiei, terapeuții trebuie să păstreze în minte această eterogenitate. Variatele contribuții la înțelegerea noastră dinamică a bulimiei par a fi analoage cu acei proverbiali oameni orbi care-și raportează percepțiile asupra unui elefant bazate pe punctele lor de vedere particulare. Ca întotdeauna, înțelegerea psihodinamică trebuie să fie individualizată. Un tablou clinic de bulimie poate fi observat la pacienți cu structuri de caracter foarte diferite, de la cea psihotică trecând prin borderline până la cea nevrotică (Wilson, 1983). Anorexia și bulimia sunt părți esențial opuse ale aceleiași monede (Mintz, 1988). Pe când pacienta anorexică se caracterizează atât prin tărie a Eului mai mare, cât și prin control al Supraeului mai mare, unele paciente bulimice pot să aibă o inabilitate generalizată în a amâna descărcarea impulsului bazată pe un Eu slăbit și un Supraeu lax. Accesele de supraalimentare și eliminarea nu sunt neapărat probleme izolate legate de impuls; ele pot mai degrabă să coexiste cu relații sexuale impulsive, autodistructive și cu abuzul de droguri multiple.

Unele dovezi empirice sugerează care factori psihodinamici ar putea fi activi la pacientele cu bulimie nervoasă. Într-o analiză genetică multivariată, Kendler et al. (1995) au găsit că familia și factorii de mediu joacă roluri-cheie în dezvoltarea tulburării. Într-un studiu cu cazuri control bazat pe comunitate și care a implicat 102 subiecți cu bulimie nervoasă și 204 subiecți sănătoși de control (Fairburn et al., 1997),

problemele parentale, sexuale sau abuzul fizic și autoevaluarea negativă au fost toate asociate cu dezvoltarea bolii. Investigatorii au sugerat că autoevaluarea negativă ar putea încuraja ținerea dietei prin distorsionarea viziunilor fetelor despre înfățișarea lor. Aceste descoperiri empirice sunt sprijinite de observațiile izvorâte din tratamentul psihodinamic. Reich și Cierpka (1998) au găsit tulburări în dialogul emoțional dintre pacientele bulimice și părinții lor și un model consistent de conflict între părți contradictorii ale Sinelui care a fost influențat fără dubiu de identificări conflictuale cu părinții. Acești autori au sugerat, de asemenea, că multe paciente bulimice au experiența unei lipse de respect pentru limite și a unei intruziuni lipsite de tact în intimitatea lor, ceea ce s-ar aplica atât abuzului sexual, cât și celui psihologic. Reich și Cierpka au observat că aceste paciente au folosit frecvent apărări care implică inversiunea afectelor și transformarea din activ în pasiv și că ele au avut și experiența unor cereri contradictorii ale Supraeului.

Acei autori care au studiat originile în dezvoltare ale bulimiei au identificat o dificultate pe termen lung în ceea ce privește separarea atât la părinți, cât și la pacienta individuală. O temă comună în istoria dezvoltării pacientelor bulimice este absența unui obiect tranzițional, cum ar fi suzeta sau pătura, pentru a o ajuta pe copilă să se separe psihologic de mama ei (Goodsitt, 1983). Această luptă în cursul dezvoltării pentru a se separa poate fi purtată în schimb în afară prin utilizarea corpului însuși ca pe un obiect tranzițional (Sugarman și Kurash, 1982), ingestia de mîncare reprezentând o dorință pentru o fuziune simbiotică cu mama, iar expulzia de mâncare un efort pentru separarea de ea. Ca și mamele pacientelor anorexice, părinții copilelor care devin bulimice se referă frecvent la copiii lor ca la extensii ale lor (Humphrey și Stern, 1988; Strober și Humphrey, 1987). Acești copii sunt folosiți ca obiecte ale Sinelui pentru a valida Sinele părintelui. Fiecare membru al familiei depinde de toți ceilalți membri pentru a menține un sens al coeziunii. Deși acest model caracterizează familiile pacientelor anorexice, un mod particular de a mânui calitățile „rele" inacceptabile predomină în familiile bulimicelor. Sistemul familiei bulimice implică aparent o nevoie puternică pentru ca fiecare să se vadă pe sine ca „integral bun". Trăsăturile inacceptabile ale părinților sunt proiectate frecvent în copila bulimică, ea devenind depozitul întregii „răutăți". Prin identificarea inconștientă cu aceste proiecții, ea devine purtătorul întregii lăcomii și impulsivități a familiei. Balanța homeostatică rezultată păstrează atenția asupra copilei „bolnave" mai degrabă decât asupra conflictelor din sau dintre părinți.

Observațiile psihodinamice cu privire la dificultățile cu separarea la pacientele bulimice au fost confirmate de cercetarea empirică (Patton, 1992). Patruzeci de paciente cu tulburări ale comportamentului alimentar au fost comparate cu un grup de control de 40 de femei cu

modele de alimentare normale pentru a vedea cum ar răspunde ele la stimuli subliminali sau supraliminali. Fiecărui grup i s-a arătat un stimul de abandon sau de control cu durate de expunere care erau fie subliminale, fie supraliminale. După expunerea la un stimul de abandon, grupul cu tulburări de comportament alimentar a mâncat semnificativ mai mulți biscuiți decât au făcut-o subiecții din grupul de control. Investigatorii au tras concluzia că accesele de supraalimentare erau într-adevăr o apărare împotriva unei frici inconștiente de abandon.

În multe cazuri, astfel, pacientele bulimice concretizează mecanismele de introiecție și de proiecție din relațiile de obiect. Ingestia și expulzia de hrană pot reflecta direct introiecția și proiecția unor introiecte agresive sau „rele". În multe cazuri, acest proces de clivaj este concretizat mai departe de pacientă. Ea poate privi proteina ca fiind hrană „bună", care este așadar reținută mai degrabă decât eliminată, iar carbohidrații sau mâncarea de tip junk ca pe hrana „rea", care este consumată în cantități enorme, doar pentru a fi regurgitată. La suprafață, această strategie de a trata agresivitatea poate fi compulsivă — expulzia răutății sub forma vomei o face pe pacientă să se simtă bine. Totuși sentimentul rezidual de „bunătate" este instabil deoarece se bazează pe clivaj, negare și pe proiecția agresivității mai degrabă decât pe integrarea binelui cu răul.

Considerații asupra tratamentului

Cel mai important principiu în tratamentul bulimiei este individualizarea planului de tratament. Tulburările psihiatrice concomitente, cum ar fi depresia, tulburările de personalitate și abuzul de drog, vor fi tratate ca parte a planului global de tratament. „Programele de tratament cu scheme de ansamblu" (Yager, 1984) care le tratează pe toate pacientele bulimice la fel vor ajuta doar o fracțiune dintre ele din cauza incapacității de a recunoaște și a aprecia eterogenitatea inerentă a populației bulimice. Aproximativ o treime dintre toate pacientele bulimice reprezintă un subgrup relativ sănătos care va răspunde bine la o abordare limitată în timp care să implice terapia cognitiv-comportamentală și un program de psihoeducație (Johnson și Connors, 1987; Johnson et al., 1989). Grupurile de suport precum Gurmanzii Anonimi (GA) pot, de asemenea, să susțină acest subgrup de paciente fără alt tratament.

Studiile de urmărire sugerează că stabilitatea în timp a simptomelor bulimice poate fi o problemă pentru multe paciente (Joiner et al., 1997). Într-o trecere în revistă a 88 de studii care au făcut evaluări ale evoluției unor paciente bulimice, Keel și Mitchell (1997) au constatat că aproximativ 50% dintre femei se vindecaseră complet la 5–10 ani după

prezentarea la tratament. Totuși 20% au continuat să împlinească criteriile complete pentru bulimia nervoasă și aproximativ 30% au recăzut, prezentând din nou simptome de bulimie. Pacientele care ajung la abstinența completă în ceea ce privește accesele de supraalimentare și de eliminare a hranei cu un program de 16 săptămâni de terapie cognitiv-comportamentală au fost urmărite 4 luni după tratament și investigatorii au determinat că 44% dintre paciente recăzuseră (Halmi et al., 2002). O trecere în revistă a studiilor care au folosit terapia cognitiv-comportamentală pentru bulimia nervoasă reflectă cât de greu este să tratezi aceste paciente. La jumătate sau mai mult dintre pacientele care nu ajung la vindecare completă prin această abordare, rezultatele sugerează că accesele de supraalimentare continuă cu o rată medie de 2,6 pe săptămână, iar eliminarea hranei cu o rată de 3,3 pe săptămână, la terminarea tratamentului (Thompson-Brenner et al., 2003).

Deși abordările dinamice pot să nu fie indicate sau necesare pentru toate pacientele, majoritatea dintre ele pot totuși să beneficieze de ele. Printre cele care nu răspund s-ar putea ca două treimi să sufere de o tulburare de personalitate borderline (Johnson et al., 1989), pe când altele s-ar putea să sufere de alte tulburări de personalitate sau de depresie semnificativă. Aceste paciente pot necesita psihoterapie expresiv-suportivă pe termen lung și au frecvent nevoie și de intervenție psihofarmacologică. Multe paciente pot să nutrească un resentiment franc față de abordarea comportamentală a simptomelor de bulimie (Yager, 1984). Focalizarea pe comportamentul exterior al pacientei în timp ce lumea ei internă este neglijată poate să repete experiența pacientei de a crește cu niște părinți care sunt interesați mai mult de suprafață decât de substanță. Yager (1984) a sugerat că 50% dintre toate pacientele bulimice sunt nesatisfăcute de tehnicile de modificare comportamentală. Unele paciente vor resimți chiar sarcina de a scrie un jurnal zilnic despre obiceiurile lor alimentare ca fiind umilitoare, deoarece ele pot să-și considere problemele de alimentare ca fiind simptomatice pentru tulburări mai fundamentale. Tratamentul care nu se potrivește cu interesele și sistemul de credințe al pacientei este sortit eșecului (Yager, 1984).

Bulimia nervoasă poate pune viața în pericol. Se știe că pacientele își pot altera balanța electrolitică suficient de mult încât să precipite oprirea cordului. Monitorizarea biochimiei sanguine trebuie, așadar, să fie parte a îngrijirii în ambulatoriu a acestor paciente, cu spitalizarea ca strategie de rezervă. Deoarece multe paciente au și o tulburare de personalitate borderline sau tulburări afective majore, spitalizarea poate fi necesară în fața unei tentative de suicid sau a unei automutilări severe. Tratamentul intraspitalicesc trebuie să urmărească un plan care să cuprindă toate aspectele și să fie individualizat și care, în plus de sarcina de a câștiga controlul simptomului prin încuierea băilor, să implementeze

un orar de mese normal, să ofere asistență psihoeducațională de către un dietetician și să încurajeze ținerea unui jurnal. Spitalizarea îi oferă frecvent terapeutului o oportunitate pentru a înțelege mai bine relațiile interne de obiect ale pacientei; facilitează astfel o înțelegere diagnostică mai sofisticată și un plan de tratament mai precis:

Dra W era o studentă de 19 ani cu un amestec de simptome de bulimie și anorexie. Ea a fost spitalizată după ce „l-a concediat" pe psihoterapeutul său și a pierdut complet controlul acceselor sale de supraalimentare și de eliminare a hranei. Părinții ei, care erau destul de exasperați de comportamentul ei, au adus-o la spital, nesimțimdu-se în stare să o facă vreodată să mănânce normal. În timpul primei săptămâni de spitalizare, dra W l-a informat pe medicul ei din spital că plănuia să rămână detașată și distantă, deoarece nu voia să se atașeze de un doctor doar ca să fie dezamăgită din nou. S-au implementat imediat mese regulate și întâlniri de grup, dar pacienta a refuzat să se ducă la masă sau să participe la întâlniri. A insistat că era capabilă să țină o dietă doar mâncând când voia și ceea ce voia. I-a atras atenția doctorului că greutatea ei rămânea constantă, așa că nu era o cauză de îngrijorare.

Echipa de îngrijire a devenit din ce în ce mai supărată pe dra W din cauza lipsei ei totale de cooperare. Cu cât pacienta devenea mai încăpățânată și mai rezistentă, cu atât echipa insista mai mult ca ea să urmeze structura programului din spital. Într-o întrunire a echipei, doctorul a remarcat că pacienta reușise să repete situația sa din familie. Afirmând că trebuie să aibă controlul asupra dietei ei, ea i-a provocat pe alții să încerce să preia controlul asupra alimentării ei. S-a putut apoi simți victimizată de forțele de control din jurul său, așa cum s-a simțit victimizată de părinții săi.

Doctorița drei W s-a întâlnit cu ea și i-a atras atenția că încerca să provoace echipa intraspitalicească într-o repunere în act a situației sale familiale. Ea a rugat-o pe pacientă să reflecteze asupra a ceea ce ar putea câștiga în urma acestei repuneri în act. Dra W a răspuns îndicându-i doctoriței sale că nu era interesată să vorbească. Trei zile mai târziu, ea i-a spus doctoriței că ascunsese medicamente și obiecte ascuțite într-un sertar închis din camera sa de spital, asftel încât să poată încerca să se sinucidă. A spus că decisese să-i spună doctoriței, deoarece într-adevăr nu voia să moară. A indicat și că îi era foarte greu să-i comunice sentimente doctoriței sale, întrucât credea că ar deveni dependentă într-un mod incontrolabil și că își va pierde orice sens al propriului Sine. Era sigură că dependența de doctor ar face ca ea să fie exploatată și maltratată în funcție de nevoile doctorului mai degrabă decât să-i fie respectate propriile nevoi de a fi tratată.

Această informație a ajutat echipa intraspitalicească să înțeleagă rezistența drei W la structura de tratament. Prin refuzul de a coopera, această pacientă încerca să capete un sentiment al Sinelui independent de cererile și expectațiile altora. Cooperarea cu echipa de îngrijire și colaborarea cu doctorul său din spital purtau riscul ca ea să devină o simplă extensie a altora, așa cum i se întâmplase în familie. O dată ce această anxietate subiacentă a ieșit la suprafață, membrii echipei i-au permis drei W să aibă mai multe de spus în programul său de alimentare. Împreună

cu un membru al echipei, ea a fost în stare să colaboreze în această privință și apoi să urmeze un program care a fost acceptabil pentru amândoi.

Totuși, exact când dra W părea a-și fi ameliorat starea, doctorița ei din spital a primit un telefon acasă în dimineața de Crăciun în timp ce familia sa deschidea darurile. O asistentă din spital suna pentru a o informa că dra W introdusese pe ascuns în spital și apoi ingerase un număr mare de laxative și avusese diaree severă toată dimineața. Asistenta se temea că dra W ar putea avea nevoie de tratament medical de urgență, așa încât doctorița s-a simțit obligată să se ducă la spital să vadă pacienta. Două zile mai târziu, când dra W era stabilă din punct de vedere medical, doctorița a confruntat-o cu ostilitatea de transfer implicată în purgația ei, apoi a sugerat că poate dra W a dorit să-i strice dimineața de Crăciun. Deși pacienta a negat pe un ton plat orice astfel de posibilitate, doctorița a trebuit să-și suprime mânia intensă la adresa drei W pentru momentul trecerii sale la act. Doctorița și-a dat seama treptat că actul de purgație o făcuse capabilă pe pacientă să-și expulzeze propria agresivitate. Ca urmare, ea nu putea înțelege interpretarea de către doctoriță a actului său ca fiind unul ostil; doctorița a servit inconștient ca un container pentru mânia proiectată a pacientei.

Deși acest caz ilustrează o pacientă mai refractară cu tulburare de personalitate borderline ca parte a tabloului clinic, luptele transferențiale și contratransferențiale nu sunt atipice pentru ceea ce terapeuții individuali întâlnesc frecvent în munca lor cu pacientele bulimice. Terapeuții pot să se trezească provocați în mod repetat să accepte „răutatea" pe care pacienta încearcă să o expulzeze. Ei pot să simtă și că „se vomită asupra lor" când pacienta le scuipă înapoi toate eforturile lor terapeutice. Repetarea modelului familial în cursul tratamentului în spital sau în psihoterapia individuală îl ajută pe clinician să înțeleagă rolul pacientei în interiorul sistemului familial. Deoarece bulimia este atât de frecvent parte a unei balanțe homeostatice în familie, terapia familială sau intervenția familială în asociere cu terapia individuală este frecvent necesară. Prin ignorarea sistemului familial, terapeutul poate să riște ca ameliorarea pacientei să fie teribil de amenințătoare pentru alți membri ai familiei. Printre reacțiile de apărare la această amenințare se poate număra o subminare insidioasă a tratamentului pacientei bulimice sau dezvoltarea unei disfuncții serioase la un alt membru al familiei. Nevoia familiei pentru boala pacientei bulimice trebuie respectată, iar părinții trebuie să se simtă „susținuți" și validați astfel încât să nu saboteze tratamentul (Humphrey și Stern, 1988).

Din cauza ambivalenței lor intense și a temerii de a nu tulbura echilibrul familial, multe paciente bulimice vor încerca să evite terapia psihodinamică intensivă. Ele pot să se considere pe sine deficiente, și explorarea psihoterapeutică implică un risc ca această deficiență să fie expusă (Reich și Cierpka, 1998). Introducerea unui orar de alimentare și evidențierea asocierii dintre unele obiceiuri de alimentare și unele

stări emoționale pot fi o cale extrem de eficientă pentru a construi o alianță terapeutică cu pacienta. Una dintre dificultățile de contratransfer obișnuite care se întâlnesc este dorința de a vindeca repede pacienta, ceea ce-l face pe terapeut să înceapă să o „supraalimenteze" pe pacientă prin introducerea prea multor intervenții interpretative prea devreme. Așa cum au avertizat Reich și Cierpka (1998), interpretările și confruntările pot fi mânuite într-un mod bulimic prin consumul lor lacom, dar fără a fi apoi digerate într-un mod adecvat. Deși în majoritatea locurilor, terapia cognitiv-comportamentală a devenit abordarea psihoterapeutică preferată pentru bulimia nervoasă, terapia psihodinamică încă are un rol de jucat. Într-un studiu atent conceput și care compară terapia cognitiv-comportamentală și terapia dinamică, rezultatele inițiale au favorizat-o pe prima, dar într-o perioadă mai lungă de urmărire ambele forme de terapie au fost aproximativ egale ca eficacitate (Fairburn et al., 1995).

Psihoterapia dinamică de grup poate fi și un tratament adjuvant folositor. O literatură empirică din ce în ce mai amplă aduce mărturie despre eficacitatea psihoterapiei de grup pentru pacientele cu bulimie nervoasă (Harper-Guiffre et al., 1992; Liedtke et al., 1991; Mitchell et al., 1990). Într-o trecere în revistă a 18 rapoarte diferite asupra acestei modalități cu paciente bulimice tratate în ambulatoriu, Oesterheld et al. (1987) au găsit motive pentru un optimism prudent. Consensul a fost că psihoterapia de grup reduce în mod eficient simptomele bulimice într-o proporție medie de 70%. Totuși aceste cifre par exagerate, deoarece majoritatea studiilor au exclus abandonurile din calculele lor. Ratele de abandon au tins să fie mari chiar dacă majoritatea grupurilor excluseseră pacientele cu tulburare de personalitate borderline și altă patologie severă de caracter. Datele de urmărire pe termen lung lipseau și ele. Terapeuții de grup au apărut ca fiind de acord, la fel de mult ca și terapeuții individuali, cu ideea că o remisie stabilă necesită atât insight, cât și controlul simptomului. Într-un studiu controlat randomizat al terapiei de grup psihanalitice și al psihoeducației pentru un grup de paciente cu tulburare cu accese de supraalimentare, majoritatea pacientelor nu mai prezentau tulburări ale comportamentului alimentar și au avut o rată mai mică a episoadelor de supraalimentare (Ciano et al., 2002). În grupul de paciente cu terapie analitică, aceste câștiguri au fost mai susținute după o urmărire de 6 și de 12 luni.

În rezumat, indicația pentru o abordare dinamică a bulimiei nervoase este o lipsă de răspuns la metodele cognitiv-comportamentale și psihoeducaționale limitate în timp. Intervențiile familiale sub forma suportului, educației și posibil terapie familială sunt, de asemenea, necesare în general. O formă de control a simptomului este necesară în asociație cu celelalte abordări. Spitalizarea scurtă, grupurile de suport cum ar fi GA și psihoterapia de grup pot toate să o ajute pe pacientă în

ceea ce privește controlul simptomului. Unii psihoterapeuți individuali consideră și ei controlul simptomului ca parte a procesului de tratament. Un subgrup substanțial de paciente bulimice cu patologie severă de caracter asociată, tendințe suicidare și risc de tulburări electrolitice care pun viața în pericol va necesita psihoterapie în contextul spitalizării pe termen lung. Aceste paciente sfidează cele mai mari eforturi făcute de cei care le îngrijesc pentru a le structura viața. Ele par a fi înclinate către o evoluție autodistructivă care poate într-adevăr să le fie fatală fără un tratament intraspitalicesc pe termen lung.

13. Demența și alte tulburări cognitive

Este greșit în principiu să încercăm să facem o distincție între așa-zisele tulburări organice și funcționale în ceea ce privește simptomatologia și tratamentul. La ambele afecțiuni, este vorba despre funcționarea anormală a aceluiași aparat fizico-psihic și despre încercările organismului de a se adapta la aceasta. Dacă perturbările — datorate leziunii cerebrale sau conflictelor psihologice — nu dispar spontan sau nu pot fi remediate prin tratament, organismul trebuie să găsească un nou mecanism de adaptare la viață în ciuda persistenței acestora. Datoria noastră este să ajutăm pacienții să realizeze această adaptare prin mijloace fizice sau psihologice; procedura și scopul terapiei la ambele afecțiuni sunt, în principiu, aceleași.

Kurt Goldstein

În această afirmație de avertisment față de dualismul minte/creier, Goldstein ne reamintește interdependența fundamentală dintre psihologie și biologie. Tradiționala distincție dintre sindroamele organice și cele funcționale implică faptul că psihologia este irelevantă pentru prima, iar biologia este irelevantă pentru cea de-a doua. Pentru că termenul *organic* desemnează, în general, prezența unei leziuni anatomice reale a structurilor neuronale și gliale, unii psihiatri văd aceste tulburări ca fiind în afara domeniului lor de activitate și îndrumă acești pacienți spre neurologie. Psihiatrii dinamici în particular pot vedea pacienții cu modificări structurale ale creierului ca având o capacitate de abstractizare prea mică pentru a fi accesibili unei intervenții psihoterapeutice. Această renunțare este nefericită pentru că clinicianul dinamic are multe de oferit pacientului deteriorat cognitiv.

Personalitatea este rezultatul final al unei serii de funcții complexe care au loc în structurile corticale (și subcorticale). Factorii psihodinamici în tulburările care implică leziunea creierului pot fi abordați cel mai eficient împărțind afecțiunile în cele care apar de la naștere și cele care implică deteriorarea țesuturilor cerebrale mai târziu de-a lungul vieții (Lewis, 1986). În acele afecțiuni care apar de la naștere,

problemele psihologice ale fiecărei faze de dezvoltare de-a lungul vieții sunt modelate de către deficitele neuroanatomice ale pacientului. În afecțiunile cu debut tardiv, dezvoltarea nu a fost împiedicată de disfuncții neuronale, deci problema principală este adaptarea la pierderea nivelului anterior de funcționare. Discuția din acest capitol se axează pe acele tulburări de deficit cognitiv pentru care abordările dinamice sunt în mod special folositoare.

13.1 Afecțiuni prezente de la naștere: tulburarea hiperkinetică și de deficit de atenție

Factorii genetic-constituționali și perinatali care determină leziuni ale creierului joacă un rol-cheie în fiecare fază de dezvoltare de-a lungul vieții. Deși la un moment dat se credea că copiii „depășeau" această tulburare hiperkinetică și de deficit de atenție (THDA), acum este limpede că ea poate persista și în viața adultă (Bellak, 1977; Biederman, 1998; Biederman et al., 1993; Hartocollis, 1968). Clinicienii ar trebui să aibă un grad înalt de suspiciune când un pacient prezintă un istoric de răspuns slab la tratamentul psihiatric și psihologic convențional, o inabilitate cronică de a face față nivelului așteptat de către profesori și părinți, un istoric de frustrări ale vieții repetate, probleme de orientare spațială (ca rătăcirea sau dificultăți de a face distincția între stânga și dreapta), izbucniri emoționale, neliniște, un istoric de serviciu cu întreruperi, tulburări de memorie și discrepanțe marcate între performanțe și scorurile verbale de IQ.

Pacienții care cresc cu THDA au în mod frecvent o mulțime de deficite subtile care pot fi clasificate după funcțiile specifice Eului (Bellak, 1977). Funcțiile autonome primare (ca percepția, memoria și capacitățile motorii) sunt cele mai frecvente capacități modificate ale Eului. Următoarele sunt deficitele în abilitatea de a regla și controla impulsurile și afectele, care se vor manifesta ca frecvente izbucniri de temperament, atacuri și toleranță scăzută la frustrare. De asemenea, funcția Eului implicată în formarea unei bariere pentru stimulii interni și externi este ușor de supraîncărcat. Deși procesul gândirii pentru acești pacienți poate fi intact din punct de vedere formal, abilitatea de a gândi abstract este, în mod tipic, compromisă. În concluzie, datorită faptului că acești pacienți au un deficit fundamental în funcționarea sintetic-integrativă, ei se străduiesc să alăture idei contradictorii și sentimente într-un întreg unificat.

13.1.1 Înțelegere psihodinamică

Criteriile de diagnostic pentru THDA așa cum sunt definite în DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) se axează în principal pe fenomenele comportamentale. Experiențele psihice ale indivizilor cu această tulburare sunt rar discutate, în parte din cauza numărului mic de contribuții psihanalitice despre THDA și a dificultăților de învățare. Totuși, mai recent, psihanaliști și clinicienii informați psihanalitic au început să conceptualizeze aceste afecțiuni din punct de vedere psihodinamic (Gilmore, 2000; Rothstein, 1998; Rothstein și Glenn, 1999).

Pentru a înțelege pacienții adulți cu forme congenitale de leziuni cerebrale, clinicienii trebuie să ia în considerare impactul pe care îl are un substrat neural compromis asupra succesului proceselor de dezvoltare normale. Copilul aflat în creștere se zbate zilnic cu o tensiune inerentă, între presiunea pulsiunilor și afectelor pe de o parte și controlul cortical, pe de altă parte. Presiunea pulsională rezistă acestei dominanțe când copilului îi lipsește dotarea normală pentru funcționarea cortexului (Weil, 1978). În mod similar, sferele lipsite de conflict sau autonome ale funcționării Eului (ca intelectul, limbajul, gândirea, percepția, motilitatea și limbajul) depind de înzestrarea constituțională (Hartmann, 1939/1958).

Numeroși autori au comentat pe marginea efectelor deficitelor cognitive structurale asupra dezvoltării Sinelui și internalizării relațiilor de obiect (Allen et al., 1988; Buchholz, 1987; Gilmore, 2000; Kafka, 1984; Lewis, 1986; Palombo, 1979; Pickar, 1986; Rothstein, 1998; D.N. Stern, 1985; Weil, 1978). După cum notează Daniel Stern (2004), dezvoltarea Sinelui depinde de o matrice intersubiectivă, începând cu cea dintre mamă sau îngrijitor și copil. Copiii cu disfuncționalitate cognitivă structurală vor fi incapabili să perceapă clar sau să integreze efectiv semnalele afective de la mamă. Când copilul nu reușește să reacționeze la mamă după așteptările ei, ea poate deveni anxioasă, astfel introducând tensiuni și neînțelegeri în interacțiunile mamă–copil. Părinții pot să se confrunte cu situația în care copilul reacționează anormal sau este în alt fel deficitar, ca urmare a unei vătămări narcisice profunde (Buchholz, 1987). Părinții se pot retrage din fața copilului și își pot exprima dezamăgirea în toate interacțiunile viitoare, ceea ce ar conduce la o perturbare a autostimei copilului (Abrams și Kaslow, 1976). În mod alternativ, părinții pot deveni supraimplicați și supraprotectivi. Pe măsură ce acești copii cresc și se dezvoltă, ei continuă să fie sub așteptările părinților lor, rezultând în continuare sentimente de eșec și umilință. Acești copii au un control cortical al impulsurilor mai scăzut, ducând la mai multe dojeni parentale, la mai multe interacțiuni în care ceilalți sunt supărați și punitivi și la experiențe cu părinți care exprimă,

prin anxietatea lor excesivă, faptul că separarea de o figură parentală este periculoasă (Pickar, 1986; Weil, 1978). Deoarece aceşti copii sunt adesea incapabili să aprecieze eficace succesiunea cauză/efect, ei nu leagă răspunsurile de respingere ale altora de propriul comportament, ceea ce se concretizează în sentimente de victimizare şi neajutorare (Bryan, 1977).

Defecte în funcţiile primare ale Eului autonom de percepţie vizuală şi auditivă şi de memorie vor afecta negativ abilităţile acelei persoane de a realiza constanţa de obiect. Copiii cu deficite de învăţare şi THDA au adesea o incapacitate de a se consola pentru că ei nu au putut niciodată să internalizeze şi să menţină figuri materne liniştitoare ca imagini pline de înţeles afectiv. În consecinţă, ei se pot lupta să menţină un simţ stabil al Sinelui. Incapacitatea lor de a percepe cu acurateţe semnale sociale de la alţii contribuie la imposibilitatea lor observabilă frecvent de a relaţiona cu alţii într-o manieră adecvată social (Bryan et al., 1980).

Pentru a compensa sentimentele profunde de inadecvare şi incompetenţă, indivizii cu THDA pot dezvolta idei defensive de grandoare. Kafka (1984) a făcut referire la un astfel de pacient care a venit la analiză. Crescând cu o mulţime de deficite de învăţare şi alte deficite cognitive, pacientul s-a simţit un „prefăcut" toată viaţa sa. Pentru a face faţă sentimentului că ceva fundamental lipsea, şi-a asumat o postură defensivă de independenţă şi grandoare. Se simţea ruşinat şi umilit de dependenţa sa faţă de ajutorul de la alţii în deficitul său de orientare spaţială. Pentru că asocia această neputinţă cu o lipsă de masculinitate, se simţea profund ruşinat.

Unii indivizi pot compensa deficitele neuropsihologice prin supradezvoltarea altor arii ale funcţionării Eului. Inventatorul Thomas Edison, de exemplu, avea deficit de învăţare. Totuşi, când eforturile compensatorii eşuează, tinerii pot evita să se confrunte cu frustrarea enormă a eşecului repetat îndreptându-se către delincvenţa juvenilă (Pickar, 1986). În loc să se confrunte cu ruşinea şi umilinţa asociate cu tentativa soldată cu eşec de a răspunde aşteptărilor academice şi sociale ale altora, adolescentul poate adopta o atitudine de dispreţ faţă de valorile părinţilor, profesorilor şi ale societăţii în general.

13.1.2 Consideraţii asupra tratamentului

Nihilismul terapeutic al pacienţilor cu leziuni cerebrale este negarantat. Aşa cum a remarcat şi Lewis (1986): „Credinţa necalificată că leziunea cerebrală face persoana inaccesibilă schimbării psihologice semnificative de-a lungul procesului de psihoterapie este eronată şi derivă din percepţia greşită că leziunea cerebrală este o entitate

monolitică" (p. 78). Terapeutul nu se poate aștepta ca tendința către gândirea concretă să dispară în totalitate, dar mulți pacienți câștigă substanțial în abilitatea de a gândi simbolic sau abstract (Buchholz, 1987). Chiar și într-o terapie foarte expresivă ca psihanaliza, Kafka (1984) a descoperit faptul că nu sunt necesare modificări semnificative de tehnică pentru acești pacienți. El a observat totuși că pacientul său a reacționat cu un sentiment de umilință narcisică la mici scăpări, din cauza faptului că aceste incidente păreau să îi expună defectele. În plus, Kafka a trebuit adesea să repete interpretările cu răbdare și tact, în contexte variate, folosind diferite exemple.

Adaptarea abordării terapeutice la pacienții cu deficite cognitive mai severe necesită o înțelegere precisă a modului în care aceste deficite afectează abilitatea pacienților de a face psihoterapie. De exemplu, Lewis (1986) a descris o pacientă care prezenta perturbări ale memoriei încă din copilărie, care o împiedicau să rememoreze o imagine mintală liniștitoare a terapeutului ei. Ea nu putea să mențină continuitatea între ședințele ei de o oră cu o frecvență de două ori pe săptămână pentru că nu putea să își amintească cuvintele terapeutului sau imaginea acestuia. Doar schimbarea frecvenței și duratei întâlnirilor la o jumătate de oră în fiecare zi a săptămânii i-a permis pacientei să internalizeze procesul terapeutic mai eficient, pentru că-și putea aminti cum arăta și cum vorbea terapeutul.

Eșecuri repetate ale empatiei caracterizează poveștile de viață ale acestor pacienți. Începând cu părinții, ceilalți oameni nu înțeleg natura și extinderea acestor limitări cognitive și în mod repetat ei se așteaptă la mai mult decât pot acești pacienți să ofere. Datorită acestui model de viață, unii clinicieni (Buchholz, 1987; Palombo, 1979) au sugerat folosirea unei abordări psihologice a Sinelui. Experiențele repetate de fragmentare a Sinelui și deflație conectate cu lipsa răspunsurilor de oglindire ale altora pot fi abordate o dată ce aceste sentimente apar în procesul de transfer. Terapeutul poate în mod empatic să reflecte străduințele pacientului pentru admirație și aprobare și poate explica cum deficitele cognitive au interferat cu aceste străduințe. Astfel, terapeutul servește ca obiect al Sinelui care ajută pacientul să simtă tristețea, ajută pacientul în construirea unui Sine mai armonizat și încurajează iertarea de sine.

Deși empatizarea cu experiențele pacientului de a fi deficitar poate fi de ajutor, terapeutul își asumă astfel riscul de a ignora conflictul intrapsihic. Rothstein (1998) a pus accentul pe importanța explorării modului în care dificultățile cognitive specifice pacientului se întrepătrund cu conflictele intrapsihice. Ea a subliniat că disfuncțiile neuropsihologice nu pot fi complet separate de conflictele interne și fanteziile inconștiente despre sine însuși și despre alții. Gilmore (2000), care a împărtășit această preocupare, a indicat ca terapeutul ar trebui să vadă THDA ca o perturbare în funcția organizatorică, sintetică și integrativă

a Eului. Din această perspectivă terapia orientată psihanalitic poate fi de real ajutor pentru acești pacienți. Gilmore a remarcat că adulții cu THDA pot dezvolta modalități stereotipice de a relaționa cu ceilalți ca un mecanism de apărare împotriva anxietății lor față de eșecul recunoașterii cererilor unei situații interpersonale. Terapia psihodinamică poate ajuta acești pacienți să își dezvolte autostima și încrederea de sine și o mai mare capacitate de flexibilitate în relațiile cu ceilalți prin modalități neprogramate și spontane. Fragilitatea narcisică și nevoia de a fi în control adesea domină pacienții adulți cu THDA, și terapia dinamică în asociere cu medicația stimulantă poate întări sentimentul lor de autostimă și poate îmbunătăți capacitatea lor de a răspunde și interacționa cu ceilalți într-o modalitate care permite spontaneitatea și flexibilitatea.

În mod frecvent medicii omit să ia în calcul dimensiunea structurală cerebrală datorită subtilității ei și datorită prezenței simptomelor tulburării de personalitate mult mai frapante. Clinicienii care presupun că toată simptomatologia este legată de patologia caracterului pot dezvolta o mare frustrare de contratransfer când pacienții reacționează la intervenții cu pierderea atenției, deficite de memorie și nereușite în reflecția asupra înțelesurilor. Pe măsură ce iritația terapeutului crește, pacientul simte din ce în ce mai mult ratarea, pentru că nu poate răspunde în mod adecvat tratamentului, astfel rememorând experiențe trecute cu părinții, profesorii și angajatorii.

Un studiu pe pacienți spitalizați cu boli refractare la tratament a trasat profilul psihologic al pacienților cu tulburări psihiatrice severe complicate cu elemente „organice" (Allen et al., 1988; Colson și Allen, 1986). Problemele de autostimă și modularea afectului sunt două elemente comune ale acestui grup de pacienți. Rar acești pacienți au tulburări neurologice clare și astfel simptomele lor sunt dificil de diagnosticat. Imaginea diagnostică cumulativă a semnelor neurologice ușoare, anomaliilor la limită pe electroencefalogramă și deficitelor sporadice la testele neuropsihologice implică o disfuncție a sistemului nervos central. Implicarea subcorticală, manifestată prin episoade de pierdere a controlului comportamental și furtuni afective, pare să fie de o mai mare importanță decât deficitele corticale. Acești pacienți se simt neajutorați în fața erupțiilor afective copleșitoare. Într-o încercare disperată de a câștiga un simț de control și stăpânire de sine, ei pretind că aceste episoade sunt acte voliționale destinate intimidării celorlalți — un răspuns similar unei idei delirante de grandoare. Exploziile lor duc la o mai mare izolare față de ceilalți, o mai mare umilință și o scădere a autostimei. Acești pacienți trăiesc cu frica unei viitoare pierderi a controlului. Pentru a face față acestei amenințări, ei dezvoltă posturi defensive extreme împotriva oricărui tip de afect, devenind reținuți și superficiali la fel ca persoanele cu alexitimie. Pentru a se feri de senti-

mente, adoptă frecvent mecanisme de apărare cum ar fi negarea și externalizarea.

Așteptările înalte ale terapeuților și pacienților pentru performanțe academice și vocaționale contribuie la un cerc vicios pentru acești pacienți. Pentru că ei sunt incapabili să se ridice la nivelul acestor așteptări înalte, stima lor de sine scade și frustrarea lor crește, ducând la noi vulnerabilități către explozii afective. Aceste episoade de pierdere a controlului smulg reacții de răspuns negative adiționale din partea părinților și terapeuților și erodează în continuare autostima pacienților. Diagnosticul contribuției bazate cerebral adesea este terapeutic în sine, și acești pacienți răspund în general cu ușurare la el. Diagnosticul conduce, de asemenea, la așteptări mai scăzute din partea părinților și clinicienilor. Prin urmare, cercul vicios este întrerupt și pacienții dezvoltă o mai mare stimă de sine și un simț de stăpânire de sine crescut pe măsură ce episoadele de pierdere a controlului diminuează și simțul lor cronic de eșec scade.

13.2 Afecțiuni cu debut târziu: leziunea cerebrală și demența

Creierul uman care suferă o leziune mai târziu în ciclul evoluției presupune un set diferit de probleme terapeutice. În aceste cazuri, pacientul s-a depreciat de la un nivel precedent de funcționare și atât pacientul, cât și familia trebuie să se adapteze schimbării. Aceste afecțiuni se încadrează în două mari categorii: 1) leziuni acute ale creierului cu o alterare bruscă a funcționării și 2) boli degenerative progresive cu un declin treptat. Ambele forme de leziuni sunt luate în considerare în această discuție. Ies din atenție deliriumul, stările de intoxicație cu medicamente sau droguri sau abstinența și alte leziuni acute, care dispar rapid când boala sau agentul toxic au fost înlăturate, deoarece problemele psihodinamice sunt mai puțin relevante pentru aceste afecțiuni.

13.2.1 Înțelegere psihodinamică

Sinele, la nivel fundamental, este un produs al funcționării creierului. Lezarea țesutului cerebral poate produce alterații semnificative ale simțului de identitate al individului, astfel cauzând familiei și celor dragi sentimentul că pacientul nu mai este aceeași persoană. Trauma cerebrală afectează de obicei lobii frontali și temporali, influențând dramatic capacitatea pacientului să interpreteze semnificația stimulilor

și să îi conecteze pe aceștia cu sentimente relevante (Prigatano, 1989). Astfel de modificări lovesc adânc în inima personalității.

Conștiența Sinelui este greu de localizat pe o arie corticală. Studii cu pacienți ale căror emisfere cerebrale au fost deconectate chirurgical (Sperry et al., 1979) arată că simțul Sinelui este prezent în ambele jumătăți ale creierului. Pare să fie o schemă complexă la care regiuni diferite cerebrale aduc contribuții diferite.

Pacienții reacționează la pierderea identității în anumite moduri caracteristice. Goldstein (1952), unul dintre primii investigatori ai efectelor psihologice ale leziunilor cerebrale, a descris o stare anxioasă pe care a numit-o *reacție catastrofică*. Atunci când pacienților cu leziuni cerebrale li s-a cerut să îndeplinească o sarcină simplă care nu prezenta nici o problemă pentru ei înainte de traumă, aceștia au devenit supărați, agitați și extrem de anxioși. Goldstein a observat că ei percepeau propriul eșec ca pe un pericol la adresa propriei existențe. Ca o reacție la această amenințare, pacienții, în mod caracteristic, își restricționează modul de viață, astfel încât să nu fie expuși unor situații nefamiliare sau unor sarcini imposibile. În modul acesta ei se apără împotriva anxietății catastrofice prin evitarea conștientizării defectelor lor. Acești pacienți devin adesea excesiv de ordonați până la a fi obsesiv-compulsivi. Păstrarea tuturor lucrurilor la locul lor le dă iluzia controlului asupra mediului. De asemenea, ea transformă pasivitatea în activitate și asigură o soluție concretă unei probleme complexe, abstracte.

Când pacienții cu leziuni cerebrale pot să-și restricționeze suficient modul de viață, ei pot părea remarcabil de lipsiți de anxietate și par să fi uitat de defectele lor. În ciuda dovezilor problemelor de memorie, ale comportamentelor copilărești și ale irascibilității, ei pot să nege adesea orice fel de limitări. De fapt, un studiu (Oddy et al., 1985) a arătat că 40% dintre pacienții studiați la 7 ani după ce au suferit o leziune cerebrală respingeau ideea unei dizabilități de orice fel. Clinicienii pot face eforturi să diferențieze negarea neurogenică de cea psihogenică la acești pacienți. Lewis (1991) a subliniat faptul că în contrast cu formele psihologice de negare, negarea de origine neurologică se remite în câteva ore sau zile de la momentul leziunii, apare mai degrabă ca un model al deficitelor globale decât ca un simptom izolat și nu produce anxietate sau agitație la pacienții care se confruntă cu ea.

Pierderea treptată a funcționării, tipică pentru sindroamele de demență, se prezintă în general ca o imagine oarecum diferită. Persoanele cu demență păstrează un simț al propriei identități până relativ târziu în cursul bolii. Ele pot fi capabile să funcționeze în continuare profesional și social rezonabil. Aproximativ două treimi din cazurile de demență implică boala Alzheimer și durata medie a declinului în astfel de cazuri este de circa 10 ani (Small et al., 1997). În această perioadă a declinului, care poate dura până la 20 de ani, o varietate de tulburări

de dispoziție și personalitate pot să apară alături de declinul cognitiv. Pe măsură ce boala avansează, pacientul prezintă riscuri mari să se confrunte cu dificultăți din ce în ce mai mari la calcule, îndeplinirea sarcinilor complexe și fluența limbajului. La acest moment al bolii, când pacienții realizează că nu mai pot îndeplini sarcinile pe care odată puteau să le facă, pot apărea reacții catastrofice similare cu ale pacienților cu leziuni cerebrale. Izbucniri de mânie și chiar combativitate se pot dezvolta o dată ce boala avansează.

Dintr-o perspectivă psihodinamică, pierderea facultăților mintale asociată cu demență progresivă poate fi înțeleasă ca un proces regresiv al Eului, în care mecanisme de apărare mai mature fac loc unor modele de apărare mai primitive (Weiner, 1991). Aspecte ale personalității care au fost parțial reprimate de către un cortex intact biologic apar treptat pe măsură ce straturile de apărare se erodează. Mecanismele de apărare de nivel înalt, cum ar fi altruismul, sunt înlocuite, de exemplu, de admirația de sine. Negarea și proiecția sunt probabil cele mai obișnuite mecanisme de apărare primitive folosite de persoane cu demență. Când apare o pierdere de memorie, pacienții cu demență aruncă mai degrabă vina asupra altora decât să își asume responsabilitatea erorii.

La mulți pacienți în vârstă cu demență de tip Alzheimer, tragedia bolii este că conștiința de sine poate rămâne intactă pe măsură ce alte funcții mintale se deteriorează. Pentru că memoria recentă tinde să fie sacrificată înaintea memoriei îndepărtate, mulți pacienți pot să-și aducă aminte foarte bine cum erau în trecut, ceea ce face ca statutul lor disfuncțional curent să fie și mai deranjant pentru ei. Într-o anumită măsură, continuitatea Sinelui de-a lungul timpului depinde de capacitatea memoriei. Pe măsură ce memoria îndepărtată începe să se șteargă o dată cu avansarea bolii, identitatea pacienților începe să dispară o dată cu memoria acestora. În final, pacientul nu-i mai poate recunoaște pe cei dragi, pe membrii familiei și nu-și mai poate aminti evenimentele de viață semnificative.

Obiectele interne — în mod particular introiecțiile consolatoare — pot fi, de asemenea, sacrificate ca parte a procesului de demență. Memoria îi implică pe ceilalți la fel de mult cât implică și sinele. Următorul exemplu de caz arată cum pierderea memoriei poate fi asociată atât cu pierderea unei introiecții consolatoare, cât și cu recurența anxietăților timpurii din viață.

Dl X, de 75 de ani, a cerut o consultație psihiatrică pentru că dificultățile de memorie și cogniție asociate cu boala Alzheimer îl făceau să se simtă ca și cum „își pierde mințile". Cu trei ani înainte de a consulta un psihiatru, un medic internist i-a spus că va trebui să renunțe la munca part-time din cauza tulburărilor de cogniție. După acea conversație, dl X a observat probleme din ce în ce mai mari cu memoria, abstractizarea, efectuarea calculelor și exprimarea verbală, probleme care

îi limitau activitățile zilnice. El se simțea, de asemenea, foarte anxios noaptea, când se ducea la culcare.

Când a fost întrebat despre alte episoade anterioare de anxietate, dl X și-a amintit despre trecutul său îndepărtat. La vârsta de doi ani și nouă luni el a fost trimis să locuiască cu bunica sa după moartea părinților. Prima dată când și-a amintit să fi avut un atac de panică a fost la scurt timp după aceasta. Dl X și-a adus aminte cum asculta noaptea respirația bunicii de partea cealaltă a peretelui camerei. Când i s-a părut ca aceasta nu mai respira, a trăit un moment de panică ce a condus la adoptarea unei poziții fetale, la legănare și la rostirea numelui bunicii. A fost copleșit de un sentiment de groază că bunica sa ar putea muri ca și părinții săi. Dl X a resimțit ulterior anxietate când a trebuit să-și părăsească bunica pentru a merge la grădiniță. De-a lungul copilăriei și adolescenței el a resimțit anxietate la limita panicii de fiecare dată când s-a confruntat cu orice formă de separare, mutare geografică sau schimbare de rol.

De-a lungul vieții sale adulte, dl X a menținut relații cu figurile ocrotitoare din mediul său pentru a se feri de orice fel de sentimente ale anxietății de separare sau panică.

De exemplu, el s-a căsătorit cu o femeie cu 20 de ani mai tânără decât el pentru a se asigura că nu-l va abandona prin moarte, lăsându-l singur și izolat. În mare parte el nu a avut simptome de anxietate până la vârsta de 72 de ani, când internistul său l-a informat că are boala Alzheimer. Procesul de demență a perturbat un echilibru pe care el l-a obținut de-a lungul unei lupte considerabile, timpuriu în viață. Sentimentul că începe „să-și piardă mințile" a fost asociat cu pierderea imaginii interne, consolatoare a bunicii lui. Când stătea în pat noaptea a simțit din nou teroarea abandonului asociată cu pierderea sa de memorie. Ca urmare, el a devenit din ce în ce mai dependent și mai ancorat în relația cu soția sa.

13.2.2 Considerații asupra tratamentului

Planificarea tratamentului depinde de evaluarea corectă a următorilor factori (Lewis, 1986; Prigatano și Klonoff, 1988): 1) modul exact în care leziunea cerebrală a afectat ariile senzoriale, motorii și cognitive; 2) reacția psihologică a pacientului la deficitele organice; 3) impactul leziunii cerebrale, dar și al reacției pacientului asupra adaptării psihologice și sociale a pacientului; 4) contribuția structurii personalității premorbide a pacientului la imaginea clinică; și 5) diferențierea acelor simptome care sunt sechele directe ale leziunii cerebrale de cele care sunt asociate cu conflicte de apărare precedente sau deficite ale Eului, apărute acum ca un rezultat al traumei. Acest tip de evaluare necesită un istoric detaliat de la un membru al familiei sau de la o altă persoană semnificativă în viața pacientului.

O parte a evaluării acestor pacienți include o analiză a adecvării lor pentru psihoterapia expresiv-suportivă. Lewis și Rosenberg (1990) au

delimitat cinci indicatori pentru selecția categoriilor de pacienți cu deficite neurologice care pot beneficia de terapie dinamică: 1) motivație personală, atât ca să înceapă, cât și ca să rămână în procesul psihoterapeutic; 2) un istoric de cel puțin o relație interpersonală semnificativă; 3) un grad de succes și realizare într-un domeniu al vieții; 4) absența problemelor serioase de limbaj fie de tip expresiv, fie de tip receptiv; 5) absența simptomelor de lob frontal, cum ar fi anosognozia, apatia severă sau impulsivitatea marcată, care ar face psihoterapia imposibilă. Un alt factor care poate fi critic în determinarea adecvării psihoterapiei este situația financiară a pacientului ca rezultat al leziunii creierului. Când ajutorul social recompensează substanțial pacientul pentru accidentul suferit, psihoterapia poate fi ineficientă. Dacă pacienții sunt recompensați financiar pentru că au rămas infirmi, starea lor se deteriorează adesea și motivația de a se schimba cu ajutorul psihoterapiei poate fi sever compromisă (Prigatano și Klonoff, 1988).

Valoarea psihoterapiei dinamice pentru pacienții cu leziuni cerebrale a fost remarcată de câțiva autori (Ball, 1988; Lewis, 1986; Lewis și Langer, 1994; Lewis și Rosenberg, 1990; Morris și Bleiberg, 1986; Prigatano și Klonoff, 1988; J.M. Stern, 1985). Un scop major al oricărui proces psihoterapeutic este de a ajuta acești pacienți să accepte amploarea acestor deficite și limitări în vederea reîntoarcerii la muncă. Pentru a îndeplini acest scop, terapeutul trebuie să fie sensibil la leziunea narcisică inerentă în acceptarea afectării ireparabile a capacităților unui individ, a abilităților intelectuale, a talentelor și chiar a esenței personalității individului. Este esențial ca terapeutul să respecte și să empatizeze cu nevoia pacientului de a nega (Lewis, 1991). Confruntări directe cu negarea au șanse foarte mari să nu ducă la nici un rezultat și pot chiar distruge orice speranță de a dezvolta o alianță terapeutică. Promovarea acceptării proprii și a limitărilor cognitive necesită expunerea pacienților la realitatea deficitelor într-un mod care le permite pacienților să simtă tristețe săptămână de săptămână pe o perioadă extinsă. Chiar pacienții cu leziuni cerebrale pot avea capacitatea să folosească metaforic simboluri într-un mod reconfortant. Simbolistica poate însoți procesul doliului (Lewis și Langer, 1994). Un model psihoeducațional în care natura deficitelor și implicațiile acestora sunt explicate în unități mici de informație pe care pacientul este capabil să le asimileze poate fi folositor la începutul terapiei (Prigatano și Klonoff, 1988). Reprezentări grafice ale diagramelor pot ajuta pacienții cu aceste limitări să vizualizeze ceea ce terapeutul descrie. Pe măsură ce pacienții își exprimă tristețea pierderii identității precedente și a nivelului de funcționare precedent, mânia îndreptată împotriva lor înșiși și a altora care au avut de-a face cu accidentul are șanse foarte mari să iasă la suprafață. Terapeuții pot apoi să ajute pacienții să se ierte pe ei înșiși și să îi ierte pe ceilalți pentru a putea să își continue viața.

Psihoterapeutul dinamic al pacientului cu leziune cerebrală trebuie, de asemenea, să fie informat despre procesul recuperării și efectul acesteia asupra procesului terapeutic. Trei faze generale pot fi astfel identificate (J.M. Stern, 1985). În prima fază pacientul nu este capabil să prelucreze ceea ce i s-a întâmplat. Mecanismele obișnuite de apărare ale Eului sunt copleșite și terapeutul trebuie să-și asume rolul unui Eu auxiliar, suportiv, consecvent, care asigură funcțiile lipsă ale pacientului și îi explică pacientului prin ceea ce trece. În faza a doua, pacienții încep să înțeleagă ceea ce li s-a întâmplat și sunt predispuși să simtă că sunt victimele unei lumi amenințătoare și răuvoitoare. Toată „răutatea" este împărțită și proiectată în alții, inclusiv în terapeut. În această fază, terapeuții trebuie să controleze impulsurile distructive și reprezentările obiectului și Sinelui răuvoitoare proiectate în ei și totuși să continue să rămână un Eu supraveghetor pentru pacient. Dezvoltarea încrederii în alții este o sarcină importantă în recuperarea pacienților cu leziuni cerebrale, iar o alianță de încredere cu terapeutul poate fi un prim pas în această direcție. Terapeuții pot promova încrederea explicând înțelesul experienței pacientului și accentuând diferențele între ceea ce se întâmplă în interiorul pacientului și ceea ce se întâmplă în realitatea exterioară. Pe măsură ce funcțiile cognitive se îmbunătățesc, pacienții intră în a treia fază, în care conflictele intrapsihice devin și mai proeminente. Sarcina terapeutului în această fază este să își ajute pacienții să-și formeze o nouă identitate, conectând experiențele trecute și reprezentările Sinelui cu experiențele lor actuale. Idealizarea trecutului de către pacient poate fi abordată de către terapeut pentru a facilita integrarea trecutului în prezent. Durerea și pierderea sunt temele centrale ale acestei faze.

Problemele cu autostima și modularea afectului ies aproape invariabil la suprafață în procesul de psihoterapie și reabilitare a pacienților cu leziuni cerebrale. Totuși aceste două arii de interes sunt, de asemenea, problematice pentru mulți pacienți cu tulburări de personalitate. Psihoterapeuții trebuie să evite să se lase seduși de gândul că toate simptomele psihologice sunt legate direct de leziunea cerebrală. Este obișnuit pentru pacienții narcisici, antisociali și borderline să se pună în situații care implică un grad de risc de leziune, și aceste dimensiuni caracterologice trebuie să fie abordate pe parcursul psihoterapiei. De asemenea, aceste tendințe caracterologice sunt adesea exacerbate de leziunea cerebrală, pacienții devenind „și mai mult ceea ce erau deja". Pentru a face față situației de pierdere a controlului din cauza distrugerii țesutului cerebral, un pacient obsesiv-compulsiv poate deveni și mai obsesiv-compulsiv. Pacienții isterici și histrionici pot deveni și mai confuzi cognitiv și labili emoțional ca răspuns la leziunea cerebrală. Psihoterapeuții nu trebuie să oprească terapia tulburării de personalitate doar din cauza apariției leziunii cerebrale.

Mulți clinicieni sunt de un optimism rezervat în ceea ce privește tratamentul pacienților cu leziune cerebrală. Demența progresivă, pe de altă parte, le stârnește adesea terapeuților un pesimism profund. Când cauzele tratabile de demență (de ex., depresia, hipotiroidismul, carențele de vitamine, porfiria, neoplasmul și encefalitele) sunt eliminate, unii clinicieni pun diagnosticul de boală Alzheimer și se retrag din procesul terapeutic. Această retragere nefericită este asociată cu imaginea că boala Alzheimer nu este tratabilă. Dintr-o perspectivă psihodinamică, termenul de demență netratabilă nu există. Foarte multe lucruri se pot face pentru a ajuta acești pacienți și familiile lor în viața de zi cu zi.

Un terapeut individual sau de familie trebuie să fie vigilent în ceea ce privește riscul de depresie în stadiile timpurii ale pacientului cu boală Alzheimer. Zabenko et al. (2003) a identificat o frecvență ridicată a depresiei majore la începutul și după apariția deficitelor cognitive la pacienții care nu aveau antecedente de episoade depresive premorbide. Cercetarea lor a indicat o prevalență pentru depresia majoră între 22,5% și 54,4%. Ei au indicat că acest sindrom depresiv major al bolii Alzheimer poate fi printre cele mai frecvente tulburări de dispoziție la vârstnici. Un terapeut psihodinamic poate, de asemenea, ajuta pacientul să facă față anxietății asociate iminentei pierderi a Sinelui, care poate conduce spre o teroare existențială (Garner, 2003). Pentru că memoria este extrem de importantă spre a asigura un sens al continuității Sinelui, psihoterapeuții pot încuraja pacienții cu demență să povestească de mai multe ori anumite aspecte ale vieții lor. Pe măsură ce boala progresează, terapeutul poate servi ca o funcție auxiliară a Eului, ajutând pacientul să-și amintească lucruri semnificative și firul general al vieții (Hausman, 1992). Acest proces ajută pacientul să se simtă mai puțin izolat. Pacienții mai vârstnici adesea se tem ca viața lor să nu treacă neobservată. Terapeutul ascultă poveștile de viață ale acestora și astfel devine martor la ceea ce au aflat despre viața lor, aceste momente având o valoare terapeutică extraordinară pentru pacient (Gabbard, 2004; Poland, 2000). Unii pacienți vor avea un sentiment reînnoit de sens și scop al vieții lor și chiar un sentiment că nu au trăit în van. Butler (1963) a denumit acest model terapeutic „recapitularea vieții" și, în anumite cazuri, aceste reminiscențe pot conduce la amintiri pline de bucurie și scop, precum și la situații caracterizate de tristețe și pierdere. Aceste amintiri pot ajuta pacienții să treacă peste sentimentul de pierdere pe care îl au. Pacienții în stadiile timpurii ale demenței sunt îngrijorați atât în ceea ce privește pierderea simțului de sine, cât și în ceea ce privește pierderea legăturilor cu ceilalți. Această îngrijorare poate lua forma unei pierderi a prezenței fizice a celorlalți, dar, așa cum s-a observat mai devreme, se poate manifesta și ca frică de a pierde capacitatea de a-i reține pe ceilalți ca reprezentări mintale.

Dl Y era un bătrân de 81 de ani, căsătorit, aflat în primele stadii ale demenței Alzheimer. El a început să aibă probleme să-și amintească despre fata sa de 49 de ani și copiii ei. Deși ea l-a vizitat în fiecare săptămână și i-a acordat suport și dragoste, el avea probleme în a-și aminti cum arată, între vizite. A venit la biroul terapeutului într-o dimineață și i-a spus acestuia că a avut un coșmar în noaptea precedentă. A spus că nu poate să-și scoată visul din minte. Când terapeutul l-a rugat pe dl Y să-i descrie în detaliu visul, acesta a spus că se întâlnise pe stradă cu fiica sa și cei doi copii ai acesteia, dar el nu a prea putut să le vadă fețele. Oricât de mult se străduia să le identifice trăsăturile faciale, ei păreau să se îndepărteze astfel încât el să nu poată să-i recunoască. După ce s-a trezit s-a uitat la o fotografie cu fiica sa și nepoții care era lângă pat. Terapeutul dlui Y l-a întrebat dacă îi este teamă că nu va putea reține imaginea lor în minte. Dl Y a răspuns cu lacrimi în ochi: „Îmi este teamă că atunci când vor veni în vizită nu îmi voi aminti cum arată și nu îi voi recunoaște".

Frica dlui Y reflectă cum pierderea reprezentărilor interne ale celorlalți poate fi la fel de amenințătoare ca și pierderea persoanelor îngrijitoare din mediul înconjurător apropiat. Modificări speciale ale terapiei sunt adesea folositoare cu pacienții în stadiile timpurii ale demenței Alzheimer. Ședințe mai scurte, dar mai frecvente sunt mai de folos (Garner, 2003). Folosirea fotografiilor ca amintiri în tehnica de recapitulare a vieții poate fi, de asemenea, utilă. Venirea și plecarea de la cabinet pot deveni dificile, astfel încât vizitele la domiciliu ar putea fi necesare.

Consultația și supravegherea por fi necesare în încercarea de a trata acest segment de populație. Mulți terapeuți se vor simți copleșiți de deteriorarea stării și iminența decesului acestor pacienți. Ei se vor simți cuprinși de senzația neajutorării și neputinței (Garner, 2003) și, de asemenea, vor simți labilitatea afectivă a pacienților greu de suportat în anumite momente. Unii pacienți vor îneca în lacrimi ședința terapeutică într-o durere parcă de neconsolat. Cel mai greu lucru este faptul că terapeuții pot avea sentimente de agresivitate din cauza iritației și lipsei de progres și a faptului că trebuie să repete mereu aceleași lucruri pentru că pacientul continuă să uite. Ca rezultat al acestei iritații, ei pot avea sentimente de vinovăție excesivă și autoreproș cu privire la eșecul lor de a fi terapeuți suportivi și atenți.

Unii pacienți din stadiile timpurii ale demenței Alzheimer pot folosi negarea pentru a opri impactul total al bolii să ajungă în starea de conștiență. Clinicienii care tratează acești pacienți trebuie să respecte nevoia lor de negare, dar trebuie, de asemenea, să-i ajute să strângă legăturile cu familia sau colegii până nu e prea târziu (Martin, 1989). De aici înainte, o problemă permanentă pentru fiecare terapeut este să se ocupe de probleme practice și juridice din realitate, încercând în același timp să reducă nivelul de suferință al pacientului.

Psihoterapia nu este adesea văzută ca o modalitate folositoare pentru pacienții cu Alzheimer sau familiile lor. Clinicienii trebuie mai degrabă să inițieze ei procesul terapeutic decât să aștepte o cerere din partea pacientului. Poveștile pe care acești pacienți le spun pot fi bogate în aluzii metaforice care sunt folositoare din punct de vedere terapeutic (Cheston 1998). Un aspect crucial al abordării psihodinamice a demenței este recunoașterea faptului că acești pacienți pot fi adresați emoțional mult timp după ce s-au confruntat cu pierderi cognitive majore. Cincizeci și una de persoane cu un diagnostic probabil de boală Alzheimer au fost studiate după cutremurul Kobe din 1995 (Ikeda et al., 1998). Amintirile lor despre cutremur, la 6 și 10 săptămâni după acesta, au fost comparate cu amintirile lor despre efectuarea unei scanării cu rezonanță magnetică imediat după cutremur. În timp ce doar 31% dintre subiecți și-au amintit scanarea, aproape 86% și-au amintit cutremurul, inclusiv subiecți cu demență severă. Una dintre implicațiile acestei descoperiri este că pacienții cu demență se pot angaja emoțional în legătură cu evenimente de viață majore. Într-un editorial care a însoțit studiul de bază, Williams și Garner (1998) au accentuat faptul că „acești oameni au insule de memorie care, dacă sunt descoperite și utilizate, pot avea un efect activator și pot elibera alte amintiri" (p. 379). Autorii au pledat, de asemenea, pentru introducerea de stimuli cu semnificație în modelul activității zilnice pentru acești pacienți cu demență, cu scopul de a-i ajuta să reducă rata de pierdere a memoriei și pentru a menține o legătură afectivă cu terapeuții lor.

Un alt element-cheie al psihoterapiei informate dinamic este de a se face tot ce se poate pentru a păstra autostima acestor pacienți, care alunecă din punct de vedere cognitiv, și pentru a consolida mecanismele de apărare adaptative.

Următorul exemplu de caz ilustrează câteva principii de management folositoare:

> Dl Z era un preot protestant de 59 de ani cu un istoric de 4 ani de deteriorare a funcțiilor mintale. Membrii parohiei sale au observat apatie și neglijență în ceea ce privește funcțiile administrative. Cataloagele bisericii erau mai prost organizate, iar el părea mai puțin conștiincios în efectuarea obligațiilor față de diverși enoriași. Soția dlui Z a observat că adesea el nu putea să îndeplinească cereri simple. Ea se supăra pe el pentru că o „asculta selectiv", când acesta îi spunea că a uitat ceea ce îi zisese ea.
>
> Dna Z l-a adus pe soțul ei la evaluare psihiatrică reclamând faptul că acesta „nu mai e la fel". Dl Z a acceptat că se simțea ca și cum ceva i se întâmpla, dar nu putea să descrie exact ce este, tot ce putea să spună era că nu-și mai amintea lucrurile la fel de ușor cum o făcea înainte. Dna Z s-a plâns că relația lor conjugală se deteriora deoarece soțul său nu mai răspundea dorințelor ei așa cum obișnuia să o facă. Dl Z s-a simțit rănit de reacția membrilor congregației și a început să se simtă ratat.

Examenul stării psihice a scos la iveală probleme ale memoriei de termen scurt şi ale abilităţilor de calcul, precum şi dificultăţi minore cu orientarea temporală. Dl Z prezenta şi semne de inerţie mintală, nefiind capabil să schimbe subiectul sau să se concentreze pe altă sarcină decât după ce i se acorda o perioadă de timp considerabilă. Studiile diagnostice extinse au eliminat cauze ale demenţei, cum ar fi trauma, infecţia, neoplasmul sau hidrocefalia cu presiune normală, precum şi cauze autoimune, metabolice, hematologice, vasculare sau datorate unor factori toxici. De asemenea, rezultate negative au avut şi: tomografia computerizată, radiografiile de craniu şi electroencefalograma. Testările neuropsihologice au fost mai productive, cu următoarele rezultate: 1) deficite de intensitate mică sau medie ale dexterităţii manuale, 2) deficite uşoare spre moderate ale funcţiei de percepţie, 3) deficite uşoare sau medii ale memoriei recente, 4) disfuncţii organice difuze tipice unei boli neurologice progresive şi 5) o diminuare în atenţie.

După ce a fost determinat diagnosticul de demenţă de cauză necunoscută (boala Alzheimer la un pacient de 59 de ani este neobişnuită, dar nu este nemaiauzită), rezultatele diagnosticului au fost explicate atât pacientului, cât şi soţiei sale. Când dna Z a putut să accepte leziunea structurală a creierului soţului ei, ea a putut să-şi reducă aşteptările în privinţa reacţiilor lui la cererile ei. În loc să presupună că el va reacţiona întotdeauna la comentariile ei verbale, aşa cum o făcea în trecut, ea a încercat noi modalităţi de a se relaţiona cu el. La sugestia psihiatrului, ea a scăzut frecvenţa vorbirii şi a învăţat să repete comentarii care nu păreau să fie înregistrate. A încercat şi reformularea comentariilor pe care dl Z nu părea să le înţeleagă. Mai mult, ea nu mai era atât de uşor iritată de el, ceea ce a condus la mai multe interacţiuni pozitive între cei doi şi la o creştere a încrederii de sine a domnului Z.

Dl Z fusese întotdeauna o persoană ordonată, mofturoasă, cu proeminente trăsături de caracter obsesiv-compulsive. Pentru a se împăca cu ideea că abilităţile sale intelectuale şi administrative se deteriorează, el a început să citească Biblia două–trei ore pe zi, atât pentru a încuraja intervenţia divină, cât şi ca o încercare de a câştiga controlul asupra informaţiei pe care spera să o împărtăşească cu enoriaşii săi. Psihiatrul care l-a evaluat l-a ajutat pe dl Z să-şi folosească trăsăturile de caracter obsesiv-compulsive într-un mod mai eficient. Ca urmare, dl Z a început, alături de soţia sa, să-şi scrie în fiecare dimineaţă un program zilnic cu ceea ce avea de făcut între micul dejun şi ora de culcare. Mai mult, el a început să-şi ia cu el un carneţel de notiţe pentru a putea scrie ce îi spuneau ceilalţi oameni şi astfel să-şi aducă aminte ce avea de făcut.

Stima de sine a domnului Z depinsese de poziţia sa ca preot, iar incapacitatea de a mai continua să-şi exercite meseria s-a concretizat într-o adâncă rană narcisică. Iniţial, el a protestat când psihiatrul l-a sfătuit să reducă din responsabilităţi. Totuşi, cu acordul dlui Z, preotul cu care lucra a fost luat drept aliat în încercarea de a găsi metode ca dl Z să continue să servească biserica fără a fi pus în situaţii în care să dea piept cu sarcini imposibile. De exemplu, colegul preot a început să pregătească şi să tipărească catalogul săptămânal, în timp ce dl Z a continuat să folosească imprimanta ca să-şi producă numărul necesar pentru slujba de duminică. Astfel, dl Z a continuat să se simtă productiv, ceea ce l-a ajutat să-şi păstreze în oarecare

măsură stima de sine. Prin evitarea sarcinilor care îi depășeau capacitățile, de asemenea, a evitat leziuni narcisice repetate.

Cazul domnului Z ilustrează câteva principii folositoare pentru managementul informat dinamic al demenței: 1) atenție pentru problemele de autostimă; 2) evaluarea mecanismelor de apărare caracteristice și ajutarea pacientului de a le folosi într-un mod constructiv; 3) găsirea de modalități pentru a înlocui funcțiile deficiente ale Eului și limitările cognitive, cum ar fi utilizarea calendarului pentru probleme de orientare, luarea notițelor pentru probleme de memorie și stabilirea unui orar pentru problemele secundare de funcționare autonomă; și 4) asistența membrilor familiei în vederea dezvoltării unor noi metode de relaționare care să ajute la creșterea autostimei pacientului scăzând interacțiunile negative.

În cele din urmă, familia pacientului este principalul factor al intervenției deoarece ea se confruntă cu furie, vină, tristețe și epuizare în fața declinului inexorabil al pacientului. De fapt, unii privesc terapia familiei ca un tratament dinamic de elecție în demența Alzheimer (Lansky, 1984). Învinuirea propriei persoane sau a celorlalți este un mecanism frecvent la membrii familiei. Readaptarea rolurilor membrilor familiei poate necesita intervenție. Clinicienii pot ajuta familiile cu recomandări practice asupra unor lucruri cum ar fi nivel de iluminare scăzut, utilizarea muzicii pentru îmbunătățirea mediului, emiterea cererilor la nivelul de înțelegere al pacientului și alte eforturi psihoeducaționale. Măsuri simple, ca acoperirea clanței ușii pot împiedica pacientul să creadă că trebuie să deschidă ușa și să iasă din apartament. Ei pot, de asemenea, recurge la resurse cum ar fi cele dezvoltate de către Academia Americană de Neurologie (Doody et al., 2001) și grupuri de suport Alzheimer locale. Într-un studiu controlat, randomizat (Mittelman et al., 2004) pe 406 soți îngrijitori ai unor pacienți cu boală Alzheimer care stau acasă, supuși la 6 sesiuni de consiliere individuală și familială și care și-au exprimat acordul să se alăture grupurilor de suport, simptomele depresive au fost semnificativ mai puține după intervenție decât au fost cele ale subiecților de control. Aceste efecte au fost susținute timp de 3 ani și o lună de la pornire, la fel ca și după instituționalizarea pacienților în azile sau decesul acestora.

Clinicienii pot, de asemenea, să ajute persoanele îngrijitoare explicându-le ce nu trebuie să facă. De exemplu, când un pacient cu boală Alzheimer învinovățește un îngrijitor că i-a furat ceva ce nu mai găsește, nu folosește la nimic ca acesta să-l contrazică (Weiner și Teri, 2003). În schimb, el poate să-l ajute pe pacient să găsească ceea ce a pierdut. Dacă un stimul din mediul înconjurător face pacientul să devină furios sau iritat, îngrijitorul ar trebui, mai degrabă, să elimine stimulul decât să încerce să îi explice pacientului. În general, evitarea confruntării este

cea mai bună strategie. Îngrijitorii trebuie să fie ajutați să le asigure o rutină structurată care să fie constant întărită, chiar dacă acest lucru necesită un efort considerabil. Când pacienții, de exemplu, știu că trebuie să se dea jos din pat la o anumită oră, să-și ia masa la anumite intervale și să iasă la o plimbare după masă, ei au un mediu mai previzibil în care se pot desfășura. Ei pot reduce considerabil anxietatea bazată pe nesiguranță și imprevizibil.

Sarcina finală, desigur, implică acceptarea morții. Clinicienii care se confruntă alături de familii cu astfel de situații vor considera adesea obositor procesul terapeutic, dar ei se pot mândri că au avut un impact semnificativ asupra vieților tuturor celor implicați.

Secțiunea III: ABORDĂRI DINAMICE ALE TULBURĂRILOR DIN AXA II

Secțiunea III:
ABORDĂRI DINAMICE
ALE TULBURĂRILOR
DIN AXA II

14. Grupa A
Tulburările de personalitate
Paranoidă, schizoidă și schizotipală

14.1 Tulburarea de personalitate paranoidă

Gândirea paranoidă nu este patologică în și prin ea însăși. Așa cum am descris în Capitolul 2, poziția paranoid-schizoidă este o modalitate de bază de organizare a experienței care persistă în psihicul uman în timpul întregului curs al ciclului vieții. În acest fel, gândurile și sentimentele periculoase sau neplăcute sunt clivate, proiectate în afară și atribuite altora. Această modalitate este ușor accesibilă în toate categoriile de experiențe de grup, cum ar fi convențiile politice, evenimentele sportive și dinamica instituțională. În anumite conjuncturi istorice, culturi întregi au fost invadate de gândirea paranoidă, ca în „vânătorile de vrăjitoare" ale erei McCarthy în această țară.

Tulburarea de personalitate paranoidă este în orice caz o entitate patologică distinctă care este independentă de factorii culturali și nu este o stare tranzitorie născută din conexiunile dinamicii de grup. Implică un stil pătrunzător de a gândi, simți și de a se relaționa cu alții care este extraordinar de rigid și invariabil. Acești indivizi trăiesc în interiorul poziției paranoid-schizoide. Șapte trăsături comune compun criteriile de diagnostic; cel puțin patru trebuie să fie prezente pentru a pune diagnosticul (Tabel 14–1). Mai mult, credințele suspicioase ale pacientului trebuie să se oprească înainte de a deveni delirante și trebuie să apară independent de un diagnostic de psihoză pe Axa I, cum ar fi schizofrenia sau tulburarea delirantă.

Așa cum se întâmplă cu majoritatea tulburărilor de personalitate, trăsăturile-cheie ale tulburării de personalitate paranoide sunt egosintonice. O înțelegere psihodinamică a acestor indivizi se bazează

Tabel 14–1. Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate paranoidă.

A. O suspiciozitate și o neîncredere pervazivă în legătură cu alții, astfel încât motivele acestora sunt interpretate ca răuvoitoare, începând cu vârsta adultă tânără și prezente într-o varietate de contexte, cum este indicat de patru (sau mai multe) din următoarele:
   (1) suspectează, fără o bază suficientă, că ceilalți îl exploatează, îi fac rău sau îl mint
   (2) este preocupat de dubii nejustificate în legătură cu loialitatea sau cu onestitatea prietenilor sau asociaților
   (3) nu se încrede în ceilalți din cauza fricii nejustificate că informația ar putea fi folosită în mod răuvoitor împotriva sa
   (4) vede intenții ascunse sau semnificații amenințătoare în remarci sau evenimente benigne
   (5) poartă ranchiună în mod persistent, adică nu iartă insultele, injuriile sau lipsa de respect
   (6) percepe atacuri la adresa caracterului sau a reputației sale care nu sunt evidente pentru alții și este gata să reacționeze cu mânie sau să contraatace
   (7) are suspiciuni repetate, fără justificare, în ceea ce privește fidelitatea soției sau a partenerului sexual
B. Nu apare în mod exclusiv în timpul evoluției schizofreniei, a unei tulburări de dispoziție cu trăsături psihotice sau a unei alte tulburări psihotice și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei afecțiuni medicale generale.

Notă: Dacă criteriile sunt îndeplinite înainte de debutul schizofreniei, trebuie adăugat „premorbid", de ex.: „tulburare de personalitate paranoidă (premorbidă)".

Sursă. Retipărit după Asociația Psihiatrică Americană, *Manual statistic și diagnostic al tulburărilor mintale* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.

pe experiența limitată a travaliului psihanalitic sau psihoterapeutic cu această populație. Într-un studiu pe 100 de pacienți care au aplicat pentru psihanaliză la Centrul Psihanalitic de la Columbia (Oldham și Skodol, 1994), doar 4 au fost diagnosticați cu instrumente riguroase pentru evaluarea tulburărilor de personalitate ca având tulburare de personalitate paranoidă. Este mai probabil ca diagnosticul să fie pus când pacienții se prezintă cu simptome pe Axa I și sunt găsiți cu comorbiditate pentru tulburarea de personalitate paranoidă. De exemplu, într-un studiu-pilot pe pacienți cu tulburare de panică (Reich și Braginsky, 1994), tulburarea de personalitate paranoidă a fost găsită la 54% dintre subiecții care s-au prezentat la un centru comunitar de sănătate mintală. Faptul că tulburarea de personalitate paranoidă ca atare este rareori motivul pentru care un pacient cere

tratament psihiatric nu înseamnă că tulburarea este rară. Într-un eşantion reprezentativ pentru comunitatea din Oslo, Norvegia, Torgersen et al. (2001) au găsit o prevalenţă de 2,4% pentru tulburarea de personalitate paranoidă, cea mai mare pentru diagnosticele de pe Axa II.

Pacienţii paranoizi sunt aduşi frecvent de către membri de familie la tratament sau de colegii de muncă care sunt sătui de declaraţiile şi acuzaţiile constante ale pacientului. Un şef, de exemplu, poate insista ca un angajat să se trateze — sau să-şi caute o slujbă în altă parte. Un soţ obosit de acuzaţiile de infidelitate poate folosi ameninţarea cu divorţul pentru a-l forţa pe individul paranoid să se trateze. Chiar când pacienţii paranoizi încep tratamentul de bunăvoie, ei rămân de obicei fără convingerea că ar avea tulburări psihiatrice. Problemele cu care se prezintă se învârt în jurul a cum ceilalţi i-au tratat prost şi i-au trădat.

Criteriile de diagnostic reflectă un fel de gândire care poate fi conceptualizat ca un stil cognitiv paranoid distinct (Shapiro, 1965). Acest stil de gândire se caracterizează printr-o căutare neobosită a unor înţelesuri ascunse, a unor indicii pentru descoperirea „adevărului" în spatele aparenţelor unei situaţii. Ceea ce este evident, ceea ce este la suprafaţă şi ceea ce este aparent doar maschează realitatea. Această căutare fără sfârşit implică o atenţie în stare de intensă hiperalertă, evidenţiată printr-o suspiciozitate legată de această monitorizare continuă. Un individ paranoid scanează constant mediul înconjurător pentru orice este ieşit din comun — un stil de gândire care cere o creştere considerabilă a tensiunii fizice şi emoţionale. Pacientul paranoid este pur şi simplu incapabil să se relaxeze.

Gândirea paranoidă se caracterizează şi printr-o lipsă de flexibilitate. Argumentul cel mai convingător nu va avea în general nici un impact asupra credinţelor rigide şi de neabătut ale persoanei paranoide. De fapt, persoanele care încearcă să discute cu cineva care are o tulburare de personalitate paranoidă se vor trezi pur şi simplu ca devenind ţinta suspiciunii. Gândirea persoanei paranoide diferă de cea a persoanei cu schizofrenie paranoidă prin faptul că nu este delirantă. De fapt, pacienţii cu tulburare de personalitate paranoidă tind să aibă percepţii remarcabil de adecvate în legătură cu mediul lor. Totuşi judecata lor despre aceste percepţii este în general afectată. Realitatea însăşi nu este distorsionată; mai degrabă *semnificaţia* realităţii aparente este construită greşit (Shapiro, 1965). Acest stil cognitiv caracteristic poate fi greu de diagnosticat deoarece individul paranoid este frecvent tăcut şi suspicios. De fapt, chiar testele proiective pot identifica individul paranoid ca pe o persoană mai mult sau mai puţin normală care este doar inhibată.

14.1.1 Înțelegere psihodinamică

O înțelegere a caracteristicilor poziției paranoid-schizoide este esențială pentru înțelegerea pacientului paranoid. Așa cum am notat în Capitolul 2, clivajul este un mecanism central în acest mod de organizare a experienței. Sentimentele de iubire și ură față de același obiect trebuie separate unul de celălalt. Orice mișcare în sensul integrării creează o anxietate intolerabilă care se naște din teama că ura va copleși și va distruge iubirea. Din punctul de vedere al pacientului paranoid, supraviețuirea emoțională îi cere pacientului să cliveze tot „răul" și să-l proiecteze în figuri din afară. O manifestare a acestei manevre defensive este aceea că lumea internă normală de agresor și victimă în același timp se transformă într-o experiență de viață în care individul paranoid ocupă constant rolul de victimă față de agresori sau persecutori externi. Viziunea pe care o au pacienții paranoizi despre lume ușurează astfel tensiunea internă dintre introiectele lor. Dacă un individ paranoid este forțat să reinternalizeze ceea ce a fost proiectat, tensiunea internă crescută va determina rigiditate și apărări crescute (Shapiro, 1965).

Pacienții cu tulburare de personalitate paranoidă abordează fiecare relație cu credința că cealaltă persoană va „greși" și va confirma suspiciunile sale. În modul de existență paranoid-schizoidă, pacientul trăiește într-o stare de anxietate permanentă izvorâtă dintr-o convingere că lumea este populată cu străini nedemni de încredere și imprevizibili (Ogden, 1986). Chiar când un terapeut capabil, stabil a lucrat cu un pacient paranoid o lungă perioadă de timp, o dezamăgire minoră poate să-l facă pe pacient să desconsidere complet comportamentul anterior al terapeutului și să simtă — cu o convingere de neschimbat — că terapeutul nu merită încredere. Terapeutul a fost „demascat". Astfel, experiențele bune cu o persoană în trecut pot fi complet șterse de situația prezentă.

Experiența este luată literal drept ceea ce pare. Pacienții cu tulburare de personalitate paranoidă sunt incapabili să gândească: „Este *ca și cum* această altă persoană încearcă să mă rănească". În schimb, ei *știu* că cealaltă persoană ascunde gânduri și intenții răuvoitoare. În mod similar, în relația de transfer cu terapeutul, pacientul paranoid nu este capabil să spună: „Simt că reacționez față de tine *ca și cum* ai fi sadic așa cum era tatăl meu". Pacientul îl resimte pur și simplu pe terapeut ca fiind sadic. Prin urmare, acești pacienți pot fi văzuți din perspectiva teoriei atașamentului ca suferind de un eșec în cursul procesului de dezvoltare în ceea ce privește mentalizarea (Williams et al., 2005) deoarece ei apar frecvent blocați într-un mod de gândire de tip echivalență psihică.

Proiecția și identificarea proiectivă sunt două mecanisme de apărare cheie ale tulburării de personalitate paranoide. Proiecția substituie o

amenințare internă cu una externă; identificarea proiectivă merge cu un pas înainte. Pe lângă externalizarea amenințărilor, identificarea proiectivă „controlează" persoane din mediul extern legându-le de persoana paranoidă în modalități înalt patologice. Nevoia de a-i controla pe alții reflectă autostima teribil de joasă care se află în nucleul paranoiei (Meissner, 1986). Profund în interior, pacientul paranoid se simte inferior, slab și ineficient. Astfel, grandoarea sau sentimentul de a fi „special", frecvent văzute la acești pacienți, pot fi uneori înțelese ca o apărare compensatorie care este o recuperare pentru sentimentele de inferioritate. Cei care cer efectiv tratament pot manifesta unele sentimente de depresie sau de anxietate drept rezultat al eșecului apărărilor paranoide și grandioase și o revărsare a acestor sentimente subiacente de inadecvare (Meissner, 1995).

Autostima scăzută din miezul tulburării de personalitate paranoide îi conduce pe acești indivizi să dezvolte o sensibilitate ascuțită față de problemele legate de rang și putere. Îi preocupă mult ideea că persoane cu autoritate îi vor umili sau vor aștepta de la ei să fie supuși (Shapiro, 1965). Ei percep amenințările la autonomia lor ca fiind omniprezente. O frică repetată legată de relațiile lor interpersonale este aceea că ele vor avea drept rezultat supunerea la un control extern; ei se tem că oricine încearcă să fie apropiat cu ei încearcă în secret să-i conducă. Această preocupare poate apărea la suprafață ca o oroare față de impulsurile homosexuale pasive, descrisă pentru prima dată de Freud (1911/1958) în cazul judecătorului Schreber care suferea de tulburări psihotice. Totuși nu toți indivizii paranoizi sunt în mod necesar preocupați de impulsurile homosexuale pasive. Homosexualitatea recunoscută și tulburarea de personalitate paranoidă pot să existe și chiar există la aceeași persoană. Ideea principală este mai degrabă că acești pacienți sunt preocupați de *orice* predare pasivă în fața *tuturor* impulsurilor și față de toate persoanele (Shapiro, 1965).

Tratamentul cu succes poate să ofere o scurtă privire asupra a ceea ce stă la baza sistemului proiectiv: o cantitate bună de conținut depresiv (Meissner, 1976) și reprezentări de Sine diametral opuse. În coexistență cu versiunea specială, îndreptățită, grandioasă a Sinelui, există un pol opus slab, fără valoare, inferior. Akhtar (1990) a examinat sistematic aceste reprezentări ale Sinelui coexistente și le-a caracterizat în felul următor:

> În afară, indivizii paranoizi sunt aroganți, neîncrezători, pretențioși, ambițioși, lipsiți de romantism, moralizatori și extrem de vigilenți față de mediul din jurul lor. În interior, totuși ei sunt înfricoșați, timizi, fără experiență, imprudenți, se îndoiesc de ei înșiși, sunt vulnerabili la erotomanie și cognitiv incapabili să cuprindă efectiv totalitatea evenimentelor reale (p. 21–22).

Terapeuții care sunt conștienți de această altă dimensiune a personalității paranoide pot să empatizeze mai ușor cu acești pacienți dificili.

Eșecul în atingerea constanței obiectului în cursul dezvoltării este o caracteristică a pacienților paranoizi care organizează o mare parte din comportamentul și din gândirea lor (Auchincloss și Weiss, 1992; Blum, 1981). Deoarece ei nu pot menține o legătură de iubire cu reprezentarea unui obiect intern, sunt convinși că relațiile de iubire sunt periculoase și instabile. Pentru a face față terorii asociate cu inconstanța obiectului, pacientul paranoid își construiește fantasme de legături concrete și magice cu obiectele (Auchincloss și Weiss, 1992). Indivizii paranoizi impun o cerere extremă de tip ori/ori în relațiile lor. Ori obiectul atenției lor se gândește continuu la ei, ori acea persoană este indiferentă emoțional față de ei — un gând pe care pacienții paranoizi îl găsesc intolerabil. Acest set de anxietăți cu privire la indiferență și relaționare este în mare parte răspunzător pentru dorința pacienților paranoizi de a-și restricționa libertatea în scopul de a simți o legătură concretă și magică cu obiectele.

14.1.2 Abordări terapeutice

Din cauza suspiciozității lor, pacienții paranoizi nu evoluează de obicei bine în psihoterapia de grup. Multe eforturi de tratament trebuie, așadar, să fie inițiate în contextul terapiei individuale, în ciuda provocării formidabile pentru psihoterapeutul individual. Așa cum am scris mai înainte, acești pacienți intră frecvent în tratament sub o anumită presiune externă și au foarte greu încredere în cineva. În lumina acestor obstacole, primul pas în psihoterapie trebuie să fie construirea unei alianțe terapeutice. Acest proces este îngreunat de tendința pacienților paranoizi de a stimula răspunsuri de apărare la ceilalți. Terapeutul nu este o excepție, așa cum ilustrează următoarea vinietă:

PACIENT: Sunt într-adevăr supărat pe dumneavoastră pentru că stau în sala de așteptare de o jumătate de oră. Mi-ați spus să fiu aici la 9,30 astăzi.

TERAPEUT: Nu, nu este adevărat. Am spus 10.

PACIENT: Ați spus 9,30.

TERAPEUT (*puțin mai tare și mai cu forță*): Am spus ora 10. Am scris ora în agenda mea.

PACIENT : Încercați să mă înșelați! Nu veți admite că ați greșit, așa că încercați să mă faceți să gândesc că eu sunt cel care se înșală.

TERAPEUT (*încă și mai tare*): Dacă aș fi greșit, aș fi recunoscut. Dimpotrivă, cred că dumneavoastră sunteți cel care nu poate admite că a greșit, dar îmi atribuiți asta mie.

PACIENT: Nu am de gând să suport această hărțuire. Am să găsesc alt terapeut!

Această interacțiune ușor caricaturizată ilustrează ciclul identificării proiective care este extraordinar de comun la pacienții paranoizi. Pacientul îl tratează pe terapeut ca pe un obiect rău persecutor. Terapeutul se simte împins să fie defensiv și sfârșește prin a da o interpretare care încearcă să forțeze proiecția înapoi către pacient. Pacientul răspunde prin a se simți atacat, neînțeles și înșelat. Pentru a evita escaladarea acestui ciclu, terapeutul trebuie să empatizeze cu nevoia pacientului de a proiecta ca un mijloc de a supraviețui emoțional. Terapeutul trebuie să fie dispus să servească drept container pentru sentimentele de ură, răutate, incapacitate și disperare (Epstein, 1979; Gabbard 1991, 1996). Încercarea de a da înapoi asemenea sentimente în mod prematur îl va determina pe pacient doar să simtă o tensiune internă crescută și să devină mai rigid. Terapeutul trebuie să fie în stare să accepte blamul, chiar până în punctul de a recunoaște lipsa capacității de a-l ajuta pe pacient (Epstein, 1984). Majoritatea terapeuților au rezistențe de contratransfer puternice în a accepta răspunderea pentru un tratament care eșuează; ei doar se apără în mod natural când pacienții lor îi acuză de incompetență. Totuși, prin recunoașterea autostimei reduse care creează nevoia de a vedea greșeli la alții, terapeuții pot empatiza cu punctul de vedere al pacienților lor și să caute în mod autentic sugestii despre cum să facă tratamentul mai productiv. A deveni defensiv este, de asemenea, o reacție naturală la a fi acuzat de necinste. Oricum, plasarea în apărare poate fi interpretată greșit ca o confirmare că terapeutul are ceva de ascuns. A fi deschis este de departe cea mai bună politică cu pacienții paranoizi. Dacă ei acționează într-un fel suspicios în ceea ce privește dosarele sau notițele despre terapie ale terapeutului, atunci terapeutul ar face bine să le arate aceste notițe pacienților și deci să le folosească ca intervenție terapeutică. Refuzul de a arăta notițele nu va face decât să incite paranoia și mai mult.

În timpul psihoterapiei, mai ales în timpul fazelor timpurii de construire a unei alianțe, terapeutul trebuie să evite să răspundă defensiv — ca oricine altcineva din mediul pacientului. Terapeutul trebuie să nu contrazică construcția pacientului despre evenimente sau percepția pacientului despre terapeut, indiferent cât de negativă este. Terapeutul trebuie doar să ceară mai multe detalii și ar trebui să empatizeze cu sentimentele și percepțiile pacientului. În primul rând, terapeutul trebuie să reziste frecventei tendințe contratransferențiale de a scăpa de proiecțiile indezirabile, forțându-le să se ducă înapoi în pacient via interpretări premature (Epstein, 1979). Ca și în exemplul anterior, interpretările de acest fel doar vor confirma percepția că terapeutul este pornit intens să atace pacientul. Aceeași situație poate fi mânuită destul de diferit folosind aceste principii de tehnică:

PACIENT: Sunt într-adevăr supărat pe dumneavoastră pentru că stau în sala de aşteptare de o jumătate de oră. Mi-aţi spus să fiu aici la 9,30 astăzi.

TERAPEUT: Haideţi să văd dacă vă înţeleg corect. Ceea ce aţi înţeles este că trebuie să mă vedeţi astăzi la ora 9,30 în loc de ora 10?

PACIENT: Aţi spus 9,30.

TERAPEUT: Pot desigur să înţeleg de ce aţi putea fi supărat pe mine atunci. Necesitatea de a trebui să aştepte pe cineva 30 de minute i-ar supăra pe cei mai mulţi oameni.

PACIENT: Admiteţi că mi-aţi spus să vin la 9,30?

TERAPEUT: Cinstit vorbind, nu-mi amintesc să fi spus asta, dar aş dori să aud mai multe despre ceea ce vă amintiţi dumneavoastră în legătură cu acea conversaţie, astfel încât să pot să-mi dau seama ce am spus de v-am lăsat acea impresie.

În acest scenariu, terapeutul acceptă blamul într-o manieră nedefensivă, fără să admită nici o greşeală. Terapeutul conţine proiecţia pacientului şi caută să afle mai multe informaţii despre cum a apărut ea. Acceptând posibilitatea de a-l fi indus în eroare într-adevăr pe pacient, terapeutul validează percepţia pacientului ca legitimă şi demnă de mai multă discuţie. În final, terapeutul nu încearcă să întoarcă ceea ce a fost proiectat sub forma unei interpretări.

Terapeuţii au, de asemenea, nevoie să empatizeze cu tendinţa pacientului de a fi rezervat. Există o anumită calitate adaptativă în rezervă; pacienţii paranoizi care vorbesc mult despre percepţiile lor sunt înclinaţi să-i alieneze pe ceilalţi. Terapeuţii care permit perioade de linişte şi de inhibiţie în loc să pună întrebări în mod intruziv pot să-l ajute pe pacient să se deschidă puţin mai mult. O altă tehnică pentru a construi o alianţă este de a se focaliza asupra stării de tensiune a pacientului secundară vigilenţei extraordinare necesară menţinerii stilului cognitiv paranoid. Comentarii cum ar fi „Nervii dumneavoastră trebuie să fie terminaţi" sau „Trebuie să fiţi obosit după toate acestea" pot să-l ajute pe pacient să se simtă înţeles. Când pacientul este dornic să vorbească, terapeutul trebuie să încurajeze elaborarea, care poate să reveleze antecedente istorice la situaţia de stres actuală (Meissner, 1976).

Scopul global al muncii psihoterapeutice cu pacienţii paranoizi este de a-i ajuta să-şi treacă percepţiile despre originea problemelor lor dintr-un loc extern în unul intern. Această trecere poate doar să urmeze un orar fără grabă care este unic pentru fiecare pacient. O a doua trecere care este intim legată de prima este transformarea unui mod paranoid de gândire într-un mod depresiv în care pacientul îşi permite să aibă sentimente de vulnerabilitate, slăbiciune, inferioritate şi deficienţe (Meissner, 1995). Terapeutul trebuie să suporte baraje repetate de acuzaţii şi suspiciuni fără să devină exasperat sau să dispere. Pe măsură ce pacientul se deschide mai mult, terapeutul poate începe să numească sentimentele pacientului şi astfel să-l ajute pe pacient să facă distincţia

între emoții și realitate (Meissner, 1976). Terapeuții pot și să-și ajute pacienții să afle golurile din cunoștințele lor. De exemplu, un terapeut poate să întrebe „V-a spus șeful că vă urăște?". Când pacientul răspunde negativ la întrebare, terapeutul poate să comenteze concret despre cunoștințele limitate ale pacientului în ceea ce privește sentimentele șefului. Asemenea întrebări trebuie formulate cu tact și într-un mod neutru, astfel încât să nu contrazică în mod exagerat viziunea pacientului despre lume. Terapeutul trebuie să nu ia o poziție pro sau contra în chestiunea respectivă, ci trebuie doar să indice că sunt necesare mai multe informații (Meissner, 1976).

Pe parcursul întregului proces psihoterapeutic, terapeutul trebuie mai degrabă să conțină sentimente decât să acționeze pe baza lor. Această conținere îi va aduce pacientului o nouă relație de obiect diferită de cele întâlnite anterior. Experiența diferită este internalizată în cele din urmă în timp. Acest model relațional de schimbare este întregit de modificări gradate în gândire. Cheia pentru asemenea pacienți este de a întreține „un dubiu relativ" (Meissner, 1986) despre percepțiile lor asupra lumii. Pe măsură ce pacienții trec de la poziția paranoid-schizoidă în direcția întâlnirii cu elementele depresive din interior, ei încep să mentalizeze mai eficient și să aibă un simț al Sinelui care poate media și interpreta experiența. Lucrurile pot deveni „ca și cum" ar fi într-un anumit fel mai degrabă decât *cu adevărat* în acel fel. Pacienții pot să-și permită și priviri mai lungi asupra sentimentelor lor de incapacitate și de inferioritate astfel încât elementele depresive să poată fi perlaborate în transfer. În circumstanțe optime, acești pacienți pot revela un dor pentru acceptare, iubire și apropiere care este asociat cu frustrarea și dezamăgirea lor de către figuri timpurii din viața lor (Meissner, 1995). Drept rezultat, ei pot începe procesul de doliu al acelor atașamente.

Un raport scurt al stadiilor timpurii ale psihoterapiei la un pacient cu tulburare de personalitate paranoidă ilustrează unele dintre principiile tehnice descrise în paragrafele următoare. Comentariile în paranteză de mai jos arată cum teoria și practica se leagă în acest caz.

DI AA era un contabil în vârstă de 42 de ani care fusese în concediu medical de un an din cauza plângerilor sale continue cu privire la alergii la substanțe din mediul de lucru. După ce a primit o promovare, el s-a mutat într-un birou nou unde a început brusc să prezinte o serie de simptome fizice perturbatoare, cuprinzând dureri de cap, gândire înceată, presiune toracică, vedere încețoșată, dureri generalizate, slăbiciune, fatigabilitate ce apărea cu ușurință și lipsă de motivație. Dl AA a atribuit aceste simptome lucrărilor noi de tapetare și carpetare din birou și vibrațiilor în podea de la sistemul de aerisire. Simptomele de boală începeau să dispară ori de câte ori el părăsea biroul și frecvent nu mai existau atunci când domnul AA ajungea la doctor. I se făcuseră numeroase evaluări diagnostice de către specialiști variați, dintre care doar unul se gândise că ar exista o bază fizică pentru

plângerile sale. Dl AA a folosit această opinie izolată pentru a-şi apăra propria viziune. El a fost presat să intre în psihoterapie de conducerea firmei sale, care era preocupată că dizabilitatea ar putea deveni permanentă. În stadiile iniţiale ale terapiei, dl AA a negat orice probleme emoţionale altele decât tensiunea conjugală, pentru care el o blama pe soţia sa. A vorbit mult despre simptomele sale şi a susţinut că era convins de originea lor fizică în ciuda descoperirilor negative ale majorităţii specialiştilor. [Pacientul se arată a fi total impermeabil la argumentele raţionale ale experţilor. El îşi expune şi grandoarea crezând că ştie mai mult decât medicii.]

Când a fost întrebat despre relaţiile lui interpersonale, dl AA a spus că el şi cu tatăl său nu vorbeau, deoarece tatăl său îl înşelase în chestiuni de afaceri. Mai mult, el s-a plâns că tatăl său a fost întotdeauna mai dur cu el decât cu fraţii lui. A rezumat descrierea tatălui spunând că a fost întotdeauna un bărbat necinstit şi nedemn de încredere. Dl AA a continuat cu descrierea soţiei sale ca fiind o mincinoasă. Ea îl „păcălise" să aibă un copil, nereuşind să prevină sarcina şi rămânând gravidă. A spus că nu-şi iertase niciodată soţia pentru înşelătoria ei — cu 8 ani înainte — şi a arătat cum căsătoria lor fusese un dezastru de atunci. A spus că singurul fel în care această situaţie s-ar putea schimba ar fi ca ea să devină mai demnă de încredere. [Pacientul a proiectat obiectele persecutorii răuvoitoare în figuri apropiate din familia sa şi le vede ca sursă a tuturor problemelor lui. Pacientul nu-şi recunoaşte nici o contribuţie la aceste dificultăţi din relaţiile familiale şi sugerează că singurele soluţii posibile implică schimbări în ceilalţi în loc de în el însuşi.]

Pe tot parcursul primei şedinţe de psihoterapie, dl AA l-a scultat atent pe terapeut, punând frecvent întrebări pentru clarificarea în plus a comentariilor. El părea să caute mesaje ascunse în cele mai benigne comunicări. Dl AA era hiperalert şi la orice mişcări corporale uşoare ale terapeutului, interpretându-le frecvent greşit drept indicaţii de plictiseală sau de dezinteres. După ce a ascultat un timp, terapeutul a comentat empatic: „Trebuie să vă simţiţi groaznic în acest moment. Şeful vă împinge de la spate să faceţi terapie, vă simţiţi prost fizic şi soţia şi dumneavoastră nu vă vorbiţi". Pacientul a răspuns la acest comentariu empatic, deschizându-se puţin mai mult, admiţând că întotdeauna a avut „pielea subţire". El a recunoscut că era frecvent tulburat de lucruri minore care nu-i deranjau pe alţii. [Validarea empatică a autostimei atacate a dlui AA de către terapeut i-a permis să se simtă înţeles. Această alianţă născândă i-a permis pacientului să recunoască pentru prima dată o problemă în el însuşi, şi anume că avea „pielea subţire".]

Dl AA a decris relaţia sa cu fiul său în termeni reci, calculaţi, spunând: „Suntem împreună mai mult decât media în populaţia generală". [Această descriere arată incapacitatea personalităţii paranoide de a simţi căldură emoţională şi tandreţe în relaţii, deoarece a avea astfel de sentimente ar face-o vulnerabilă la rejecţie sau la atac.] Dl AA a schimbat subiectul către preocupările sale în legătură cu doctorii care-l examinaseră. Şi-a exprimat puternica credinţă că toţi doctorii sunt de fapt incompetenţi şi părea convins că un doctor aproape că-i provocase o hemoragie cerebrală cu o anumită medicaţie. A descris trei psihiatri care-l examinaseră înainte ca fiind toţi incompetenţi. L-a întrebat apoi pe terapeut dacă cunoaşte un anumit medicament nonpsihiatric. Când terapeutul a recunoscut că nu cunoaşte medica-

mentul, dl AA a răspuns repede că terapeutul era probabil la fel de „șarlatan" ca și ceilalți doctori. [Teama persoanei paranoide de a fi controlată, împreună cu sentimente de inferioritate în relațiile „de sus în jos", duce frecvent la devalorizarea și diminuarea altor oameni. Devalorizându-l pe terapeut, dl AA se asigură pe el însuși că nu are nimic de invidiat și nici un motiv să se simtă inferior.]

Când dl AA a continuat să discrediteze opiniile numeroșilor specialiști pe care îi văzuse, terapeutul a făcut observația: „Aceasta trebuie să fie foarte demoralizant pentru dumneavoastră". Dl AA a răspuns abrupt: „Încercați să mă influențați!". [Aici încercarea terapeutului de a empatiza prin introducerea unui nou sentiment a depășit abilitatea pacientului de a admite acel sentiment. Reacția pacientului ar fi putut fi pozitivă dacă terapeutul ar fi rămas mai aproape de cuvintele și de stările afective pe care le descrisese pacientul însuși.]

Pe măsură ce dl AA a continuat să vorbească despre problemele lui curente, a fost în stare să admită că fusese greu pentru el să se adapteze la starea de boală și de incapacitate de muncă după ce fusese într-o poziție de conducere. Simțind o deschidere în ceea ce privea problema autostimei, terapeutul a făcut observația că a nu fi în stare să muncească trebuie să fi fost o lovitură destul de mare. Dl AA a răspuns întrebându-l pe terapeut: „Credeți că sunt slab?". [Din nou capacitatea terapeutului de a empatiza cu autostima redusă a pacientului mai degrabă decât să devină defensiv i-a permis dlui AA să-și manifeste preocuparea față de slăbiciunea și inferioritatea sa subiacente.]

14.1.3 Prevenția violenței

Deși pacienții care suferă de oricare dintr-o varietate largă de tulburări psihiatrice pot deveni violenți, pacienții paranoizi le pun psihiatrilor o problemă deosebită. O înțelegere a dinamicii paranoiei poate ajuta la prevenirea agresiunii.

Pentru a preveni escaladarea agresiunii, psihiatrii trebuie să aibă în minte câteva principii de management:

1. *Să faci tot ce e posibil pentru a-l ajuta pe pacient să-și salveze fața.* Nucleul paranoiei este autostima joasă, astfel încât psihiatrii trebuie să empatizeze cu experiența pacientului și să nu contrazică adevărul cu privire la ceea ce spune pacientul. Ca în orice fel de tratament cu un pacient paranoid, prima sarcină este construirea unei alianțe terapeutice. Într-un studiu pe 328 de pacienți internați în unități spitalicești (Beauford et al., 1997), pacienții care aveau o alianță terapeutică mai slabă în momentul internării au avut o probabilitate semnificativ mai mare de a prezenta un comportament violent în timpul spitalizării. Într-o clinică ambulatorie aglomerată, un rezident care a văzut un pacient paranoid pentru prima dată a suspectat că

nu spunea adevărul despre situația sa locativă. I-a spus pacientului că avea de gând să-i verifice declarația sunând la apartamentul protejat unde pacientul a spus că trăia. Când rezidentul căuta cartea de telefon în sertarul de la biroul lui, pacientul l-a lovit în față cu pumnul. Acest accident nefericit conduce direct la alt principiu major de prevenire a violenței.

2. *Evitarea provocării unor suspiciuni noi.* Din cauza neîncrederii de bază a acestor pacienți, toate intervențiile trebuie orientate către evitarea oricărei creșteri a paranoiei lor. Fiecare mișcare trebuie explicată încet și atent. Chiar și mișcările trebuie făcute încet și la vedere. Poți spune, de exemplu: „Acum mă voi duce la biroul meu și voi lua un formular de programare astfel încât să știți când va fi următoarea noastră întâlnire". Trebuie, de asemenea, să eviți să fii prietenos în mod deschis cu acești pacienți, deoarece un astfel de comportament este în contrast flagrant cu experiența lor obișnuită și doar le va provoca suspiciuni.
3. *Să-l ajuți pe pacient să mențină un simț al controlului.* Controlul este de o importanță extraordinară pentru pacienții paranoizi, care sunt predispuși să se teamă de pierderea controlului la fel de mult ca și terapeutul. Terapeutul trebuie să evite cu orice preț panica. Un terapeut care arată teamă că pacientul își va pierde controlul doar va crește frica proprie a pacientului de a-și pierde controlul. O mare parte din anxietatea existentă la indivizii paranoizi se naște dintr-o teamă că alții vor încerca să dețină controlul; de aceea, orice poate face terapeutul spre a indica respect pentru autonomia acestor pacienți va ajuta la reducerea anxietății lor în legătură cu predarea pasivă. Intervențiile trebuie să recunoască dreptul lor de a privi situația așa cum o văd ei. De exemplu, terapeutul poate să-i spună unui asemenea pacient: „Cred că sentimentele dumneavoastră în legătură cu această situație sunt legitime, dat fiind prin ce-ați trecut, și respect dreptul dumneavoastră de a vă simți în acel fel".
4. *Întotdeauna să-l încurajezi pe pacient să verbalizeze mai degrabă decât să pună violent în act mânia.* Trebuie să reușești să-l faci pe pacient să-și discute mânia în cât mai multe detalii posibile. Încurajează-l să ia în considerare consecințele logice ale comportamentului violent. Dacă este posibil, adu-i alternative constructive la violență, astfel încât pacientul să poată începe să vadă că există și alte opțiuni. Sprijinirea mâniei ca o reacție legitimă nu înseamnă legitimarea acțiunii agresive. Terapeutul care se simte imediat amenințat poate încerca să traducă această amenințare în cuvinte. Când un rezident de psihiatrie a simțit că un pacient nou era pe punctul de a erupe violent, el a spus: „Mă întreb dacă te simți ca și cum ai vrea să mă lovești chiar acum". Pacientul a dat din cap că da. Rezidentul i-a replicat atunci: „Poate că dacă mergem să ne plimbăm și îmi povestești despre

sentimentele pe care le ai, vei fi în stare să eviți să acționezi pe baza acelor sentimente". Această abordare calmă, la obiect l-a ajutat pe pacient să se simtă mai în control, și pacientul i-a mulțumit de fapt rezidentului pentru ajutor.

5. *Să-i dai întotdeauna pacientului mult spațiu pentru a putea respira.* Frica pacientului paranoid de predare pasivă în fața altora este exagerată de proximitatea fizică. Trebuie evitată o aranjare a scaunelor care să-l facă pe pacient să se simtă prins în birou. S-a arătat că indivizii violenți au nevoie de o distanță mai mare față de alții pentru a se simți în siguranță (Kinzel, 1971). Evită să stai prea aproape, precum și să-i atingi, chiar în felul cel mai benign. O femeie paranoidă a început să poarte o armă la ședințele ei de terapie după ce terapeutul său a persistat îmbrățișând-o la sfârșitul fiecărei ședințe.
6. *Să fii atent la propriul contratransfer când consulți un pacient cu potențial violent* (Felthous, 1984). Negarea contratransferențială este obișnuită atât la membrii echipei spitalicești, cât și la terapeuții care lucrează cu indivizi paranoizi. Ei pot să evite să pună întrebări importante din anamneză de frica confirmării celor mai rele temeri în legătură cu potențialul violent al pacienților lor. Cei care tratează trebuie să-și recunoască propriile frici și apoi trebuie să evite situațiile de pericol cu pacienți care au fost agresivi în trecut. Negarea poate fi mai accentuată cu pacientele din cauza stereotipiilor legate de sex care susțin că este probabil ca bărbații să fie mai agresivi decât femeile. De fapt, patternurile de violență ale pacienților bărbați și femei în spital sunt similare, și probabilitatea de a fi atacat o altă persoană în luna dinaintea internării este la fel de mare pentru femei ca și pentru bărbați (Tardiff et al., 1997). Terapeuții pot să folosească și proiecția de contratransfer pentru a nu-și recunoaște propria lor agresivitate și a o externaliza în pacienții lor. Identificarea proiectivă poate să-i provoace pe pacienți la violență când terapeuții văd distructivitate și agresivitate doar la pacienți și nu și în ei înșiși. Un studiu pe psihiatrii care au fost agresați de pacienți (Madden et al., 1976) a găsit că 53% dintre psihiatri au fost într-un fel provocatori față de pacient înainte de a fi agresați.

14.2 Tulburările de personalitate schizoidă și schizotipală

Pe lângă tulburarea de personalitate paranoidă, Grupa A pe Axa II din DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) subsumează tulburările de personalitate schizoidă și schizotipală. Deși sunt entități distincte, ele sunt tratate împreună aici deoarece înțelegerea psiho-

dinamică, precum și abordările terapeutice ale acestor tulburări au multe în comun.

Decizia de a separa tulburările de personalitate schizoidă și schizotipală se baza în mare parte pe cantitatea crescândă de literatură care sugerează că tulburarea de personalitate schizotipală este legată genetic de schizofrenie, pe când tulburarea de personalitate schizoidă nu este (Kendler et al., 1981, 1995; Kety et al., 1971; Rosenthal et al., 1971). Aceste studii sugerează că tulburarea de personalitate schizotipală este o versiune mută a schizofreniei, caracterizată prin testarea realității mai mult sau mai puțin intactă, dificultăți în relații și tulburări ușoare de gândire. Mai mult, urmărirea pe termen lung a pacienților cu tulburare de personalitate schizotipală sugerează că evoluțiile lor sunt similare cu cele ale pacienților cu schizofrenie (McGlashan, 1983). Un studiu a demonstrat că riscul pentru tulburări corelate cu schizofrenia la rudele de gradul întâi ale pacienților cu tulburări de personalitate schizotipală și paranoidă este semnificativ mai mare decât la rudele de gradul întâi ale pacienților cu alte tulburări de personalitate (Siever et al., 1990). Au fost demonstrate legături în ambele sensuri între schizotipie și schizofrenie în ariile deficitelor de atenție și ale mișcărilor oculare (O'Driscoll et al., 1998; Roitman et al., 1997). Cercetări mai recente au observat că dificultățile legate de disfuncția semantică la femei cu tulburare de personalitate schizotipală seamănă cu cele din schizofrenie (Niznikiewicz et al., 2002). Alte studii au demonstrat similarități în reducerea volumului în pulvinar la studiile de rezonanță magnetică nucleară (Byne et al., 2001) și deficite inhibitorii similare (Cadenhead et al., 2002). În sfârșit, antipsihoticele atipice în doze mici pot fi eficiente în reducerea severității simptomelor în tulburarea de personalitate schizotipală (Koenigsberg et al., 2003).

Așa cum a evidențiat Gunderson (1983), persoanele cu tulburare de personalitate schizotipală se aseamănă în mare parte cu cele cu tulburare de personalitate schizoidă, cu excepția că definiția tulburării de personalitate schizotipală include câteva simptome sugestive pentru o formă atenuată de schizofrenie. La momentul actual, tulburările de personalitate schizoidă și schizotipală formează un continuum, astfel încât este oarecum arbitrar să tragem o linie de delimitare între cele două entități. O examinare a criteriilor DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate schizoidă (Tabel 14–2) și pentru tulburarea de personalitate schizotipală (Tabel 14–3) arată că ambele tulburări implică o cantitate bună de detașare socială și constricție afectivă.

Pacienții schizotipali înșiși formează un continuum, de la cei de la un capăt care seamănă mult cu pacienții schizoizi (cu excepția câtorva bizarerii în plus de comportament și de comunicare) la cei mai apropiați de schizofrenie care sunt predispuși la episoade psihotice scurte. Discuția care urmează despre înțelegerea psihodinamică a

Tabel 14–2. Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate schizoidă

A Un pattern pervaziv de detașare de relațiile sociale și o gamă restrânsă de expresie a emoțiilor în situații interpersonale, începând cu vârsta adultă tânără și prezente într-o varietate de contexte, așa cum o indică patru (sau mai multe) din următoarele:
(1) nici nu dorește și nici nu se bucură de relații apropiate, inclusiv a fi parte a unei familii
(2) alege aproape întotdeauna activități solitare
(3) manifestă puțin interes sau nu manifestă deloc în a întreține relații sexuale cu altă persoană
(4) găsește plăcere în puține activități sau nu găsește deloc
(5) nu are prieteni apropiați sau confidenți alții decât rudele de gradul întâi
(6) pare indiferent la lauda sau la critica altora
(7) arată răceală emoțională, detașare sau afectivitate aplatizată

B. Nu apare în mod exclusiv în timpul evoluției schizofreniei, a unei tulburări de dispoziție cu trăsături psihotice, a unei alte tulburări psihotice sau a unei tulburări de dezvoltare generale și nu se datorează efectelor fiziologice ale unei afecțiuni medicale generale.

Notă: Dacă criteriile sunt îndeplinite înainte de debutul schizofreniei, de adăugat „premorbid", deci, „tulburare de personalitate schizoidă (premorbidă)".

Sursă. Retipărit după Asociația Psihiatrică Americană, *Manual statistic și diagnostic al tulburărilor mintale* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.

acestor afecțiuni reflectă faptul că niște abordări terapeutice similare ajută frecvent.

14.2.1 Înțelegere psihodinamică

Pacienții schizoizi și schizotipali trăiesc frecvent la marginea societății. Ei pot fi ridiculizați ca „ciudați", „stranii" sau „neadaptați" sau pot fi doar lăsați singuri să-și continue o existență solitară și idiosincratică. Izolarea și anhedonia lor pot să-i facă pe alții să le pară rău pentru ei și să încerce să ajungă la ei. Frecvent însă, persoanele care fac asemenea gesturi renunță după ce au fost respinse în mod repetat. Membrii de familie pot deveni atât de exasperați, încât să o forțeze pe ruda lor schizoidă să înceapă un tratament. Părinții adolescenților sau ai adulților tineri pot să-l aducă pe fiul lor sau să o aducă pe fiica lor la psihiatru din grija legată de faptul că copilul lor nu se bucură suficient de viață (Stone, 1985). Alți pacienți schizoizi sau schizotipali cer tratament psihiatric din voință proprie din cauza singurătății dureroase.

Tabel 14–3. Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate schizotipală.

A. Un pattern pervaziv de deficite sociale și interpersonale marcat de un disconfort acut în relațiile apropiate, precum și de o capacitate redusă pentru acestea și de distorsiuni cognitive sau de percepție și excentricități de comportament, începând cu vârsta adultă tânără și prezent într-o varietate de contexte, așa cum este indicat de cinci (sau mai multe) din următoarele:
   (1) idei de relație (cu excluderea delirului de relație)
   (2) credințe bizare sau gândire magică ce influențează comportamentul și nu concordă cu normele subculturale (de ex. superstiții, credință în clarviziune, telepatie sau al „șaselea simț"; la copii sau adolescenți, fantasme sau preocupări bizare)
   (3) experiențe perceptuale insolite, inclusiv iluzii corporale
   (4) gândire și limbaj bizare (de ex. vag, circumstanțial, metaforic, supraelaborat sau stereotip)
   (5) suspiciozitate sau ideație paranoidă
   (6) afect inadecvat sau restrâns
   (7) comportament sau înfățișare ciudată, excentrică sau bizară
   (8) lipsa unor prieteni apropiați sau a confidenților alții decât rudele de gradul întâi
   (9) anxietate socială excesivă care nu scade o dată cu familiarizarea și tinde să fie asociată cu frici paranoide mai degrabă decât cu judecăți negative despre sine
B. Nu apare exclusiv în cursul evoluției schizofreniei, a unei tulburări de dispoziție cu trăsături psihotice, a unei alte tulburări psihotice sau a unei tulburări generale de dezvoltare.

Notă: Dacă criteriile sunt îndeplinite înainte de debutul schizofreniei, de adăugat „premorbid", de ex. „tulburare de personalitate schizotipală (premorbidă)".

Sursă. Retipărit după Asociația Psihiatrică Americană, *Manual statistic și diagnostic al tulburărilor mintale* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.

Lumea internă a pacientului schizoid poate să difere considerabil de aparența lui exterioară. Într-adevăr, acești oameni sunt frecvent un mănunchi de contradicții. Akhtar (1987) a grupat aceste contradicții în manifestări aparente și manifestări ascunse: „Individul schizoid «aparent» este detașat, autosuficient, distrat, neinteresant, asexual și moral la un mod idiosincratic, în timp ce «pe ascuns», este deosebit de sensibil, cu mari nevoi emoționale, vigilent în mod acut, creativ, frecvent pervers și vulnerabil la corupție" (p. 510). Aceste polarități nu reflectă trăsături conștiente și inconștiente de personalitate. Ele reprezintă mai degrabă un clivaj sau o fragmentare a Sinelui în reprezentări ale Sinelui diferite care rămân neintegrate. Dintr-o perspectivă psihodinamică, desemnarea „schizoid" reflectă acest clivaj fundamental al Sinelui. Rezultatul este o

identitate difuză — pacienții schizoizi nu sunt siguri cine sunt ei și se simt conduși de gânduri, sentimente, dorințe și nevoi extrem de conflictuale. Această difuzie a identității face ca relațiile cu ceilalți să fie problematice. Într-adevăr, poate că trăsătura cea mai pregnantă a pacienților schizoizi sau schizotipali este aparenta lor lipsă de relații cu alții.

Munca psihanalitică cu acești pacienți sugerează că ei au în mod clar sentimente și dorințe față de alții, dar că sunt înghețați în dezvoltare într-un stadiu timpuriu de relaționare (Lawner, 1985). Acești pacienți par a-și baza decizia de a fi izolați pe convingerea că eșecul lor în a obține ceea ce aveau nevoie de la mama lor înseamnă că ei nu pot face nici o altă încercare de a primi orice altceva de la figuri semnificative ce au urmat după ea (Nachmani, 1984). Pacienții schizoizi pot fi prinși între două seturi de anxietăți: dacă sunt prea apropiați, poate să li se facă frică de a fi înghițiți și de fuziunea cu obiectul, dar dacă sunt prea la distanță, li se face frică de pierdere și de dezintegrare (Williams et al., 2005).

Mult din înțelegerea noastră despre lumea internă a pacientului schizoid derivă din studiile teoreticienilor britanici ai relațiilor de obiect. Balint (1979) a văzut acești pacienți ca suferind de un deficit fundamental al abilității lor de a se relaționa — o „greșeală de bază" cauzată de inadecvări semnificative ale îngrijirii materne când erau copii. El credea că dificultatea pacienților schizoizi de a se relaționa cu ceilalți își are originea în această incapacitate de bază mai degrabă, decât în conflict (ca la pacienții nevrotici). Fairbairn (1954), cel care a contribuit poate cel mai mult la înțelegerea noastră despre pacienții schizoizi, a văzut retragerea schizoidă ca pe o apărare împotriva unui conflict între o dorință de a se relaționa cu ceilalți și o teamă că nevoia lui le va face rău altora. Copilul care inițial își percepe mama ca rejectantă poate să se retragă din lume. Totuși nevoia copilului crește până când este resimțită ca insațiabilă. Copilului îi este atunci teamă că lăcomia sa o va devora pe mama sa și îl va lăsa singur. Drept urmare, chiar obiectul de care copilul are mai multă nevoie poate fi distrus de propriile lui eforturi de încorporare. Fairbairn a numit această teamă „Fantasma Scufiței Roșii", bazată pe povestea în care fetița găsește, spre oroarea ei, că bunica ei a dispărut, lăsând-o singură cu propria sa lăcomie orală proiectată — sub forma unui lup devorator.

Exact așa cum Scufița Roșie poate să-și proiecteze lăcomia asupra lupului, copiii pot să-și proiecteze propria lăcomie asupra mamelor lor, pe care le văd atunci ca devoratoare și periculoase. Această dilemă infantilă este înghețată în timp pentru pacienții schizoizi, cărora mai întâi le este teamă că îi vor devora pe ceilalți cu nevoia lor și apoi le este teamă că vor fi devorați de aceștia. Această dilemă fundamentală a pacienților schizoizi face ca ei să oscileze între frica de a-i îndepărta pe ceilalți prin nevoia lor și aceea că ceilalți îi vor consuma sau sufoca.

Drept rezultat, toate relațiile sunt resimțite ca periculoase și trebuie evitate. Deoarece decizia de a nu se relaționa îl lasă pe individul schizoid singur și golit, există frecvent un „compromis schizoid" (Guntrip 1968) în care pacientul se agață de ceilalți și îi respinge simultan.

Pacienții schizoizi trăiesc sub amenințarea constantă a abandonului, persecuției și dezintegrării (Appel, 1974). A lua orice înăuntru de la altcineva riscă să declanșeze doruri intense de dependență și fuziune. Iubirea este echivalată cu fuziunea cu altcineva, pierderea identității proprii și distrugerea celeilalte persoane. Deși scrierile Școlii Britanice s-au focalizat pe pacienții schizoizi, descrierile realizate de Balint, Guntrip și alții se aplică la fel de bine și la pacienții schizotipali (Stone, 1985).

Retragerea din relațiile interpersonale caracteristică pacientului schizoid poate servi unei funcții de dezvoltare importante. Winnicott (1963/1965) a crezut că izolarea pacientului schizoid păstrează o autenticitate importantă care este absolut sacră pentru Sinele în dezvoltare al pacientului: „Există un stadiu intermediar în dezvoltarea sănătoasă în care cea mai importantă experiență a pacientului în legătură cu obiectul bun sau potențial satisfăcător este refuzul obiectului" (p. 182). Retragerea schizoidă este o cale de a comunica cu „Sinele adevărat" din interior în loc să sacrifice acea autenticitate unor interacțiuni artificiale cu alții care ar duce la un „Sine fals". Winnicott a sugerat că noi toți avem acest nucleu necomunicant și că trebuie să respectăm dreptul — și nevoia — individului schizoid de a fi necomunicativ. Perioade de abstinență și de izolare extremă pot să-i ajute pe indivizii schizoizi să intre în contact cu acest Sine sechestrat, astfel încât să poată fi integrat cu alte reprezentări de Sine (Eigen, 1973).

Pacienții schizoizi care le permit terapeuților lor să aibă acces la lumile lor interne vor revela frecvent fantasme de omnipotență. Acestea însoțesc de obicei aspectele închise ale Sinelui în care se retrage pacientul. Ca și alte aspecte ale Sinelui ascuns, ele servesc drept „sanctuar contra expunerii" (Grotstein, 1977) pentru a susține autostima fragilă și a scădea anxietatea în legătură cu autodezintegrarea. Ca și pacienții paranoizi, pacienții schizoizi au fantasme omnipotente care cresc în frecvență în proporție inversă cu nivelul lor de autostimă (Nachmani, 1984). Lipsindu-le un Sine intern bun și reprezentări de obiect care să-i ajute să realizeze eforturi esențiale către succesul în relații sau în cariere, pacienții schizoizi folosesc fantasme de omnipotență pentru a ocoli asemenea eforturi și a-și realiza direct fantasmele grandioase. Pacienții schizoizi simt frecvent o mare rușine în legătură cu fantasmele lor și sunt rezistenți în a le împărtăși terapeuților lor până ce nu simt siguranță în relație.

14.2.2 Psihoterapia individuală

Ca și pacienții cu tulburare de personalitate paranoidă, pacienții cu tulburări de personalitate schizotipală și schizoidă nu apar frecvent la ușa terapeutului. Într-o anchetă națională pe clinicieni, tulburarea de personalitate schizotipală era peste tot cea mai puțin tratată entitate dintre toate tulburările de pe Axa II (Westen, 1997). În Studiul de la Centrul Psihanalitic Columbia pe 100 de pacienți aplicanți pentru psihanaliză (Oldham și Skodol, 1994), doar unul a fost diagnosticat ca având tulburare de personalitate schizoidă și nici unul nu a avut diagnosticul de tulburare de personalitate schizotipală. Drept urmare, multe dintre datele acumulate despre psihoterapia și tratamentul psihoterapeutic al acestor pacienți sunt de domeniul anecdotei, bazate pe un număr relativ redus de cazuri.

Pacienții schizoizi și schizotipali pot fi ajutați cu terapia expresiv-suportivă individuală, psihoterapia de grup dinamică sau o combinație a celor două. Deoarece gândul cererilor ce apar în interacțiunile unui cadru de grup produce de obicei o cantitate mare de anxietate, majoritatea acestor pacienți se vor simți mai confortabil dacă încep cu un proces psihoterapeutic individual. Mult din literatura modernă despre psihoterapia tulburărilor de personalitate schizoidă și schizotipală sugerează că este probabil ca mecanismul acțiunii terapeutice să fie internalizarea unei relații terapeutice mai degrabă decât interpretarea conflictului (Appel, 1974; Gabbard, 1989; Nachmani, 1984; Stone, 1983; Winnicott, 1963/1965).

Sarcina terapeutului este de a „dezgheța" relațiile de obiect interne înghețate ale pacientului prin procurarea unei noi experiențe de relaționare. Stilul schizoid de relaționare apare din inadecvările din relațiile cele mai timpurii ale pacientului cu figurile parentale — pe care Epstein (1979) le-a numit *eșecul primar de maturizare*. În tot timpul vieții, pacientul a provocat reacții similare la cei din mediul său, determinând *eșecuri de maturizare secundare*. Cu alte cuvinte, pacientul schizoid poate să treacă prin viață la distanță de toată lumea. Terapeuții trebuie să afle cum să se relaționeze cu pacientul într-un fel care să corecteze maturizarea. Terapeuții nu trebuie să-și permită să fie îndepărtați sau înstrăinați ca oricine altcineva din viața pacientului.

A spune că scopul terapiei este de a procura o relație nouă pentru a fi internalizată este decepționant de direct și de simplu. Totuși această strategie prezintă obstacole formidabile. Mai întâi, modul fundamental de existență al pacientului este nonrelaționarea. Terapeutul îi cere unei persoane care nu se relaționează să se miște în direcția unei mai mari relaționări. Așa cum era de așteptat, eforturile terapeutului pentru a procura un model nou de relaționare vor fi întâmpinate cu distanță emoțională și o cantitate bună de tăcere.

Terapeuții care încearcă să trateze pacienți schizoizi retrași trebuie să aibă o răbdare extraordinară din cauza procesului de internalizare dureros și încet. Ei trebuie să adopte o atitudine permisivă, de acceptare a tăcerii. În mod specific, tăcerea trebuie văzută ca fiind mai mult decât simplă rezistență — este și o formă specifică de comunicare nonverbală care poate furniza informații esențiale despre pacient.

Reacțiile emoționale ale terapeutului față de pacient, deși subtile, pot fi o sursă primară de informații despre pacient. Când tăcerea se prelungește, terapeuții trebuie să fie preocupați de inversarea rolurilor și de proiecția propriului Sine și a reprezentărilor lor de obiect asupra pacientului. Această stare de lucruri este frumos descrisă în filmul mișcător al lui Ingmar Bergman, *Persona*, în care o pacientă mută este tratată de o asistentă. După multe încercări fără succes de a o face pe pacientă să vorbească, asistenta devine frustrată și începe să proiecteze aspecte ale ei asupra pacientei. Înnebunită, asistenta începe să trateze pacienta ca pe o întruchipare a propriei ei lumi interne (Gabbard, 1989).

Acest model de terapie cere ca terapeuții să primească proiecțiile pacienților lor și să le monitorizeze pe ale lor fără să fie atrași către acting out în ceea ce privește contratransferul. Când terapeuții simt că trebuie să abandoneze sau să renunțe la un pacient, ei trebuie să ia în considerare aceste sentimente ca pe oricare altele din acest proces și să încerce să le înțeleagă. Așa cum am menționat în Capitolul 4 în discuția despre psihoterapie, identificările proiective pot fi diagnosticate și înțelese doar după ce terapeutul a fost „obligat" să joace un rol specific față de pacient. Terapeuții trebuie să observe în tăcere interacțiunile care apar între ei și pacienții lor și apoi să folosească acea informație pentru a influența interacțiunile următoare. Ogden (1982) a rezumat sarcina terapeutului în asemenea situații:

> Perspectiva identificării proiective nu necesită, nici nu exclude folosirea interpretării verbale; terapeutul încearcă să găsească o cale de a vorbi și de a fi cu pacientul care va constitui un mijloc prin care terapeutul poate să accepte aspecte neintegrabile ale lumii obiectale interne a pacientului și apoi să le întoarcă pacientului într-o formă pe care pacientul poate să o accepte și din care să învețe (p. 42).

Într-adevăr, o decizie de a nu interpreta poate fi strategia cu cea mai mare putere terapeutică cu pacienții schizoizi și schizotipali. Dacă tăcerea este interpretată ca rezistență, acești pacienți pot să se simtă responsabili și umiliți din cauza incapacității lor de a comunica (Nachmani, 1984). Pe de altă parte, prin abținerea de la interpretare și acceptarea tăcerii, terapeuții pot legitima nucleul privat, noncomunicativ al Sinelui la care se referă Winnicott (1963/1965). Cu unii pacienți, terapeutul trebuie să respecte Sinele tăcut. Poate fi unica abordare tehnică viabilă pentru a construi o alianță terapeutică (Gabbard, 1989).

Terapeuții valorizează mult relaționarea interpersonală. Vrem să însemnăm ceva pentru pacienții noștri. Acceptarea nonrelaționării tăcute merge împotriva formării și a predispoziției noastre psihologice. Tendința noastră naturală este de a însărcina pacienții noștri cu expectația că ei ar trebui să fie diferiți de ceea ce sunt. Mai specific, vrem ca pacienții noștri să ne vorbească și să se relaționeze cu noi. Totuși, acea așteptare înseamnă că trebuie să le cerem pacienților să se confrunte chiar cu durerea pe care ei o evită prin retragerea schizoidă. Expectații mai mari din partea terapeuților îl vor duce în mod paradoxal la o detașare și mai mare, așa cum a observat Searles (1986):

> Conceptul lui Winnicott (1941/1958) despre... mediul conținător (mediul de holding) suficient de bun implică faptul că analistul poate nu doar să fie relativ stabil acolo, pentru pacient, ci și relativ destructibil (psihologic) de către pacient, iar și iar, așa cum cer nevoile persistente ale pacientului de funcționare autistică (omnipotentă). Ca urmare, analistul are intuitiv nevoie să-i procure pacientului propria absență, poate la fel de des ca și propria prezență, la timpul potrivit (p. 351).

Unii pacienți vor răspunde la această acceptare tolerantă, empatică, cu o mai mare deschidere în relația terapeutică. Acești pacienți pot începe să vorbească despre aspecte ascunse ale Sinelui, eventual să le integreze într-un simț al Sinelui mai coerent. La începutul unui proces terapeutic, este greu să știm care pacienți vor beneficia în mod probabil de el. Stone (1983), scriind despre pacienții schizotipali (schizofrenici borderline), a sugerat că cei care fac puțin mai bine în psihoterapie au unele simptome depresive sau o anumită capacitate pentru căldură emoțională și empatie. El a avertizat terapeuții să fie îngrijorați de expectațiile de contratransfer excesive, deoarece se poate aștepta doar un progres limitat. A recomandat, de asemenea, ca terapeuții să se resemneze la faptul că s-ar putea ca multe subiecte supărătoare să trebuiască să rămână ascunse perioade lungi de timp în terapie (Stone, 2001). Prea multă nerăbdare pentru a explora poate să-l sperie sau să-l rușineze pe pacient. În viziunea lui Stone, terapeuții trebuie să fie în stare să tolereze posibilitatea dezamăgitoare ca pacienții lor să progreseze doar în alte domenii decât relaționarea. În general, acei pacienți cu funcționarea Eului mai bună (de exemplu, testarea realității mai intactă, judecată mai bună, deviere cognitivă mai redusă) vor evolua mai bine în terapie decât acei pacienți cu funcționarea Eului mai profund tulburată. Cu pacienții din al doilea grup, terapeuții pot avea nevoie să funcționeze ca un Eu auxiliar, să-i ajute pe pacienți într-un fel suportiv cu diferite sarcini, cum ar fi testarea realității, judecata și diferențierea Sine–obiect. Stone (2001) a evidențiat de asemenea că, precum pacienții schizofrenici (vezi Capitolul 7), pacienții schizotipali au nevoie mai mult decât de psihoterapie expresiv-suportivă. Pacienții schizotipali cu

funcționare scăzută au nevoie și de formarea de abilități sociale, reeducare și sprijin social variat.

14.2.3 Psihoterapia dinamică de grup

În general, pacienții schizoizi sunt candidați principali pentru psihoterapia dinamică de grup (Appel, 1974; Azima, 1983). Terapia de grup este orientată să-i ajute pe pacienți în domeniul socializării, care este exact locul în care pacienții schizoizi suferă cel mai mult. Este, de asemenea un cadru în care se poate desfășura, în bună parte, o activitate parentală nouă. Pentru mulți pacienți schizoizi, colegii lor dintr-un proces de grup pot funcționa ca o familie reconstruită, fiind eventual internalizați de acești pacienți pentru a contrabalansa obiectele lor interne mai negative și înfricoșătoare (Appel, 1974).

Asemenea pacienți pot avea un beneficiu considerabil pur și simplu prin a fi expuși regulat la contactul cu ceilalți. Unii pacienți schizoizi nu au practic nici o altă deschidere socială în afara ședințelor de terapie de grup. Pe măsură ce ei încep să se simtă acceptați și realizează că fricile lor cele mai rele nu se împlinesc, încep să se simtă treptat mai confortabil cu oamenii. Într-o manieră similară cu procesul individual de terapie descris mai devreme, reacțiile altor membri din grup pot procura o experiență corectivă care merge împotriva tuturor experiențelor anterioare de relație. Printre dificultățile care apar în psihoterapia de grup a pacienților schizoizi se numără resentimentul din partea altor pacienți care trebuie să-și „pună sufletul pe masă" în timp ce pacientul schizoid rămâne tăcut. Aceste sentimente pot duce la un fel de „uniune de gașcă" pentru a-l forța pe pacientul schizoid să vorbească. În asemenea momente, terapeutul trebuie să-l sprijine pe membrul schizoid din grup și să-i ajute pe ceilalți pacienți să accepte nevoia acelui pacient de a fi tăcut (Azima, 1983). Ceilalți pacienți pot, de asemenea, doar să ignore un pacient schizoid retras și să continue ca și cum el nu ar fi acolo. În aceste cazuri, sarcina terapeutului este de a-l aduce pe pacient în grup prin evidențierea felului în care un pattern care are loc în afara grupului se repetă în interiorul grupului. Pacienții schizotipali tind să beneficieze de terapia de grup la fel de mult ca și pacienții schizoizi, dar cei al căror comportament este bizar sau a căror gândire este psihotică pot deveni țapi ispășitori deoarece sunt pur și simplu prea diferiți de ceilalți membri ai grupului. Cu asemenea pacienți, terapia individuală singură poate fi modalitatea preferabilă.

O combinație de psihoterapie de grup și individuală este ideală pentru mulți pacienți schizoizi, deoarece mediul social pe care ei îl întâlnesc în grup poate fi discutat și prelucrat cu psihoterapeutul lor individual. Un număr semnificativ de pacienți schizoizi vor simți totuși

că a primi o recomandare pentru terapia de grup este ca și cum „ar fi aruncat la lei". Ei pot chiar să se simtă trădați când terapeutul lor face această sugestie. O treaptă preliminară trimiterii la terapia de grup este frecvent perlaborarea fantasmelor acestor pacienți despre ceea ce se va întâmpla în terapia de grup.

Exemplul de caz următor ilustrează câteva dintre avantajele unice ale psihoterapiei de grup pentru unii pacienți schizoizi.

Dl BB era un celibatar de 23 de ani cu tulburare de personalitate schizoidă. El lucra ca ajutor de asistent medical în tura de noapte într-un cămin de bătrâni și urma cursuri de zi la o universitate locală. Îi plăcea să lucreze de noapte deoarece atunci se confrunta cu foarte puține cereri interpersonale. Supraveghetorul lui dormea frecvent, așa că el era liber să citească romane. Când nu dormea, dl BB își petrecea multe ore făcând exerciții de bodybuilding. Poza frecvent gol în fața oglinzii și își contracta mușchii și se admira pe sine. O mare parte din poza și din contractarea mușchilor era însoțită de fantasme omnipotente de a deveni un câștigător al decatlonului olimpic. El își imagina și că dacă ar ajunge la un anumit nivel de perfecțiune a corpului, ar deveni atrăgător pentru o fată de la unul dintre cursurile sale de la colegiu, cu care nu îndrăznise să vorbească.

Dl BB era profund preocupat de faptul că fusese adoptat. Vorbea despre aceasta cu mare rușine, ca și cum ar fi fost convins că reflecta un defect inerent. În viziunea sa, respingerea timpurie de către mama sa biologică era un semn că era atât de inerent indezirabil, încât ceilalți l-ar respinge și ei în mod sigur dacă ar avea ocazia. Precum mulți pacienți schizoizi, dl BB avea o trăsătură perversă care lua forma exhibiționismului. El se plasa în situații în care femeile ar putea să-l întâlnească gol. Se purta atunci ca și cum ar fi fost surprins și părăsea imediat scena pentru a evita urmărirea penală. Totuși plăcerea sexuală pe care o obținea din această activitate l-a condus către aventuri din ce în ce mai riscante. Odată, a inversat indicatoarele pentru femei și pentru bărbați de pe ușile vestiarelor într-o sală de gimnastică astfel încât femeile să intre în vestiarul bărbaților și să-l găsească stând gol în timp ce se usca după duș.

Dl BB a venit în cele din urmă la o clinică în ambulatoriu unde a cerut să intre într-o psihoterapie de grup. Era preocupat că exhibiționismul său îi scăpa din mână și ar fi putut să ducă la consecințe juridice, și era tulburat în mod autentic din cauza singurătății existenței sale. Își dorea psihoterapie de grup deoarece încercase anterior psihoterapia individuală timp de 2 ani. A povestit că rămăsese practic tăcut în tot timpul terapiei. În final, el și terapeutul deciseseră împreună că nu avea rost să continue. Dl BB a povestit, de asemenea, că avea o dorință puternică să-și înfrângă teama de alți oameni și credea că terapia de grup ar putea fi o cale bună pentru a face față acelei frici.

Dl BB a început o psihoterapie dinamică de grup cu un grup de alți pacienți cu funcționare rezonabil de înaltă și cu tulburări variate de personalitate. El a participat regulat la ședințe, dar a stat tăcut în timpul multora dintre discuțiile grupului. Treptat, a fost în stare să povestească din ce în ce mai mult despre el însuși. Ceva

ca o descoperire a avut loc când și-a adunat suficient curaj încât să vorbească despre colega care era obiectul fantasmelor sale. O pacientă din grup a răspuns întrebându-l: „De ce nu o inviți să iasă cu tine? Ești un bărbat atrăgător". Mișcat de acest argument, dl BB a replicat că nimeni nu-i spusese aceasta înainte.

Suportul și feedbackul pozitiv pe care pacientul le-a primit de la alți membri din grup i-au crescut autostima și i-au permis să vorbească mai frecvent și mai deschis. Când a fost în stare în sfârșit să-și discute exhibiționismul, el s-a simțit foarte ușurat că nimeni nu s-a retras cu oroare la auzul mărturisirii sale.

După câțiva ani de terapie de grup, anxietățile dlui BB în legătură cu relațiile, precum și părerea lui despre sine se ameliorașeră atât de mult, încât a fost în stare să se întâlnească cu femei și să dezvolte relații colegiale adecvate cu bărbații. Episoadele de exhibiționism au scăzut în mod gradat, deși ele tindeau să reapără ori de câte ori grupul lua vacanță și dl BB se simțea abandonat de terapeut și de colegii pacienți.

Cazul dlui BB ilustrează cum absența pe față a relațiilor de obiect în tulburarea de personalitate schizoidă poate fi însoțită de fantasme intense de relaționare și de activități sexuale ascunse de natură perversă. Lungi perioade de exerciții fizice sunt, de asemenea, destul de obișnuite la indivizii schizoizi și schizotipali. Activitatea fizică de acest fel poate servi pentru a elimina energia sexuală sau poate fi, ca în cazul dlui BB, o cale de a-și construi autostima, fantasmând că ceilalți îl vor găsi mai atrăgător ca urmare a unor asemenea eforturi.

Deși un număr de perversiuni pot fi găsite frecvent la indivizii schizoizi, exhibiționismul pare a avea o semnificație particulară pentru acești pacienți. Fairbairn (1954) a observat că indivizii schizoizi își supraevaluează frecvent conținuturile mintale, percepându-le ca extraordinar de prețioase. Le este frică să dea ceva din ei deoarece, în acest fel, și-ar sărăci conținuturile valorizate narcisic. Fairbairn a observat că pacienții schizoizi folosesc frecvent exhibiționismul ca o apărare împotriva fricii de a dărui. Pentru a fi mai exact, „a arăta" devine un substitut pentru „a da", deoarece „a da" poartă frica de a pierde ceva prețios, pe când „a arăta" nu. Deși exhibiționismul era deschis în cazul dlui BB, el apare frecvent sub forme sublimate, cum ar fi implicarea în artele teatrale.

Psihoterapia de grup i-a adus domnului BB o nouă serie de relații pe care să le internalizeze. Relaționarea cu colegii săi pacienți (și cu terapeutul) nu a confirmat expectațiile sale în ceea ce privește felul în care ar răspunde ceilalți la contactul cu el. În loc să se simtă alienați de el, membrii din grup l-au acceptat așa cum era și au confirmat dezirabilitatea sa ca persoană. Astfel, validarea din partea altor pacienți din terapia de grup poate avea un impact mai puternic asupra unui pacient schizoid decât validarea similară din partea unui terapeut individual. Pacientul schizoid poate să desconsidere privirea pozitivă a terapeutului

ca o atitudine mimată pentru efectul terapeutic; terapeutul „doar își face treaba".

Mulți pacienți schizoizi și schizotipali au o boală mult mai refractară la tratament decât a avut dl BB. Așa cum a sugerat Stone (2001), terapeuții trebuie să respecte nevoia pacientului lor de a fi diferit și nu trebuie să se simtă obligați să transforme un pacient în altcineva. În tratarea pacienților schizoizi și schizotipali, ar fi o recomandare bună să ne amintim înțelepciunea lui Thoreau: „Dacă un bărbat nu ține pasul cu tovarășii săi, poate este pentru că aude un alt toboșar. Să-l lăsăm să țină pasul cu muzica pe care o aude, indiferent ce măsură are sau de cât de departe vine" (Thoreau, 1854/1950, p. 290).

15. Grupa B
Tulburări de personalitate
Borderline

Considerațiile noastre asupra Grupei B de tulburări de personalitate încep cu pacientul borderline, deoarece tulburarea de personalitate borderline (TPB) servește drept punct de referință pentru toată grupa. Tulburările de personalitate narcisică, antisocială și histrionică se definesc frecvent prin cum diferă ele de TPB. Mai mult, când este folosit termenul de *borderline* în sensul larg al unui spectru (Meissner, 1988) sau al unei organizări a personalității (Kernberg, 1967), toate tulburările de personalitate din Grupa B, împreună cu cele din Grupa A, pot fi subsumate în categoria generală a tulburărilor borderline. Din păcate, popularitatea crescândă a diagnosticului de borderline în ultimele două decenii a făcut din el un fel de „coș de gunoi" — folosit atât în exces, cât și prost. Pacienții care creează confuzie din punct de vedere diagnostic pot primi eticheta *borderline* automat. O anchetă istorică scurtă asupra termenului borderline în psihiatria americană poate să arunce lumină asupra locului TPB în nomenclatura actuală.

15.1 Evoluția termenului

În a doua jumătate a anilor '30 și în cursul anilor '40, clinicienii au început să-i descrie pe unii pacienți care nu erau suficient de bolnavi pentru a fi etichetați drept schizofreni, dar care erau mult prea tulburați pentru tratamentul psihanalitic clasic. Într-un efort de a capta starea „între", tipică pentru acești pacienți, Hoch și Polatin (1949) s-au referit la acest grup ca având schizofrenie pseudonevrotică, ce se caracteriza printr-un model simptomatic de „pannevroză", „pananxietate" și „pansexualitate". Robert Knight (1953) a caracterizat mai departe acest

grup prost definit prin focalizarea pe câteva deficiențe în funcționarea Eului, inclusiv inabilitatea de a planifica în mod realist, incapacitatea de a se apăra împotriva impulsurilor primitive și predominanța procesului de gândire primar asupra celui de gândire secundar.

Acești contribuitori timpurii observau un sindrom „dezordonat" care nu se încadra bine în rubricile de diagnostic preexistente. Grinker et al. (1968) au adus o anumită rigoare diagnostică sindromului în prima jumătate a anilor '60 cu analiza lor statistică a aproximativ 60 de astfel de pacienți care erau spitalizați la Chicago. O analiză de grup a datelor despre acești pacienți a sugerat că există patru subgrupe de pacienți borderline. Acești pacienți au apărut ca ocupând un continuum de la „capătul psihotic" (tipul I) către „capătul nevrotic" (tipul IV). Între cele două extreme, se poate găsi un grup cu afecte negative predominante și cu dificultăți în a menține relații interpersonale stabile (tipul II) și un alt grup (tipul III) caracterizat printr-o lipsă generală a identității, care are drept rezultat nevoia de a împrumuta identitate de la alții.

Grinker et al. (1968) au încercat, de asemenea, să identifice numitori comuni în sindromul borderline care erau prezenți indiferent de subtip. Ei au găsit următoarele patru trăsături-cheie: 1) mânia ca afect principal sau unic, 2) defecte în relațiile interpersonale, 3) absența unei identități consistente a Sinelui și 4) depresie generală. Una dintre contribuțiile cele mai semnificative ale acestui studiu empiric a fost descoperirea că sindromul borderline era clar distinct de schizofrenie. Grinker și colegii au găsit că acești pacienți nu se deteriorau către schizofrenia francă în timp. Sunt mai degrabă instabili în mod stabil (Schmideberg, 1959) pe tot parcursul bolii lor. Această descoperire a ajutat la respingerea credinței unor sceptici conform căreia pacienții borderline erau, de fapt, schizofreni.

În 1990, Gunderson și colegii săi (Zanarini et al., 1990) au fost capabili să identifice trăsături discriminatorii clare bazate pe cercetarea focalizată pe caracteristici descriptive ale sindromului borderline (Tabel 15–1).

Multe dintre aceste criterii sunt legate între ele. Pacienții borderline se consumă cu stabilirea de relații exclusive unu la unu fără nici un fel de risc de abandon. Ei pot cere astfel de relații cu un aer de îndreptățire care-i copleșește și-i îndepărtează pe ceilalți. Mai mult, când chiar devin

Tabel 15–1. Caracteristici discriminatorii ale tulburării de personalitate borderline.

Gândire cvasipsihotică	Cerințe mari/sentiment de a fi îndreptățit
Automutilare	Regresii în tratament
Eforturi suicidare manipulative	Dificultăți contratransferențiale
Preocupări despre abandon/înghițire/anihilare	

Sursă. Bazat pe Zanarini et al., 1990.

apropiați cu altă persoană, se activează un set de anxietăți. Pe de-o parte, ei încep să se îngrijoreze că vor fi înghițiți de cealaltă persoană și-și vor pierde propria identitate în această fantasmă primitivă de fuziune. Pe de altă parte, ei simt anxietatea balansând către panică în legătură cu convingerea că sunt pe punctul de a fi respinși și abandonați în orice moment. Cu scopul de a nu rămâne singuri, pacienții borderline pot recurge la venesecție sau alte gesturi suicidare, sperând să obțină ajutorul persoanei de care sunt atașați. În contextul relațiilor interpersonale, pot să apară și distorsiuni cognitive, cum ar fi gândire cvasi-psihotică (definită prin prezența unor dificultăți tranzitorii, circumscrise și/sau atipice în testarea realității). Percepțiile aproape delirante de abandon de către cei iubiți sunt frecvente, și regresiile de transfer psihotice pot apărea când pacienții devin atașați de terapeuții lor. Clinicienii care sunt martori ai acestei puneri în scenă caleidoscopice a unor stări schimbătoare ale Eului sunt înclinați către o varietate de reacții intense contratransferențiale, cuprinzând fantasme de salvare, sentimente de vinovăție, transgresări ale limitelor profesionale, furie și ură, anxietate și teroare și sentimente profunde de neputință (Gabbard, 1993; Gabbard și Wilkinson, 1994).

Pe când Gunderson și Grinker et al. s-au focalizat mai întâi pe criteriile descriptive de diagnostic, Otto Kernberg (1967, 1975) a căutat să caracterizeze pacienții borderline dintr-o perspectivă psihanalitică. Folosind o abordare combinată între psihologia Eului și teoria relațiilor de obiect, el a utilizat termenul *organizare a personalității de tip borderline* pentru a delimita un grup de pacienți care prezentau patternuri caracteristice de slăbiciune a Eului, mecanisme de apărare primitive și relații de obiect problematice. El a observat o varietate de simptome la acești pacienți, cuprinzând anxietate liber-flotantă, simptome obsesiv-compulsive, fobii multiple, reacții disociative, preocupări hipocondriace, simptome de conversie, tendințe paranoide, sexualitate perversă polimorf și abuz de substanță. Kernberg a avertizat totuși că simptomele descriptive nu sunt suficiente pentru un diagnostic definitiv. În schimb, el credea că diagnosticul se bazează pe o analiză structurală sofisticată care evidențiază patru trăsături-cheie (Tabel 15–2).

1. *Manifestări nespecifice de slăbiciune a Eului.* Un aspect al funcționării Eului este capacitatea de a amâna descărcarea impulsurilor și de a modula afectele cum ar fi anxietatea. Pacienții borderline, în viziunea lui Kernberg, sunt incapabili să mobilizeze forțe ale Eului pentru a îndeplini acele funcții din cauza unor slăbiciuni nespecifice inerente. În mod similar, ei au greutăți în a sublima pulsiuni puternice și în a-și folosi conștiința pentru a le ghida comportamentul.
2. *Trecerea către procesul primar de gândire.* Ca și Robert Knight, Kernberg a observat că acești pacienți tind să regreseze la o gândire cvasi-psihotică în absența structurii sau sub presiunea unor afecte

Tabel 15–2 Criteriile lui Kernberg pentru organizarea de personalitate de tip borderline

I. Manifestări nespecifice de slăbiciune a Eului
   A. Lipsa de toleranță a anxietății
   B. Lipsa de control al impulsului
   C. Lipsa de canale de sublimare dezvoltate
II. Trecerea către procesul de gândire primar
III. Mecanisme de apărare specifice
   A. Clivajul
   B. Idealizarea primitivă
   C. Forme timpurii de proiecție, mai ales identificarea proiectivă
   D. Negarea
   E. Omnipotența și devalorizarea
IV. Relații de obiect internalizate patologice

Sursă. Bazat pe Kernberg, 1975.

puternice. Totuși aceste treceri apar primar în contextul unei testări intacte a realității în general.

3. *Mecanisme de apărare specifice.* Cea mai importantă dintre aceste apărări a fost găsit a fi clivajul, pe care Kernberg l-a văzut ca pe un proces activ de separare a unor introiecte și afecte contradictorii unul de celălalt (vezi Capitolul 2). Operațiunile de clivaj la persoana cu organizare de personalitate de tip borderline se manifestă clinic după cum urmează: a) expresia alternantă a unor comportamente și atitudini contradictorii, pe care pacientul le privește cu lipsă de preocupare și negare completă; b) o compartimentare a tuturor persoanelor din mediul pacientului în tabere de tip „complet bun" și „ complet rău", cu oscilații frecvente între tabere pentru un anumit individ și c) viziuni și imagini despre sine însuși (reprezentări ale Sinelui) contradictorii coexistente care alternează în dominanța lor de la zi la zi și de la oră la oră.

Un preot catolic de 41 de ani a fost internat într-un spital de psihiatrie după descoperirea comportamentului său sexual cu copii de ambe sexe. La scurt timp după internare, analizele sale de laborator de rutină au arătat un test pozitiv pentru sifilis. Când a fost confruntat cu rezultatul de la laborator, preotul a răspuns: „Nu știu cum este posibil. Sunt un preot celibatar". Rezidentul care-l trata pe preot a subliniat doar că fusese internat din cauza activității sale sexuale ample cu minori. Preotul a răspuns plat la această confruntare spunând: „La ce vă așteptați? Sunt doar om".

Această vinietă clinică ilustrează cum reprezentările de Sine contradictorii coexistă la pacientul borderline — un „preot celibatar" coexista cu un pedofil promiscuu, bisexual. Pe deasupra, răspunsul

prozaic al preotului a fost tipic pentru negarea completă pe care o manifestă mulți pacienți borderline când sunt confruntați cu manevrele de clivaj pe care le folosesc. Alte apărări precum idealizarea primitivă, omnipotența și devalorizarea reflectă în mod similar tendințe de clivaj (i.e., alții sunt văzuți în termeni în întregime pozitivi sau în întregime negativi). Identificarea proiectivă, în care reprezentările de Sine sau de obiect sunt clivate și proiectate în alții într-un efort de a-i controla, este o altă apărare proeminentă la organizarea personalității de tip borderline, după Kernberg.

4. *Relații de obiect internalizate patologice.* Drept rezultat al clivajului, persoana cu organizare de personalitate de tip borderline nu-i vede pe ceilalți oameni ca având un amestec de trăsături pozitive și negative. În schimb, ceilalți sunt împărțiți în extreme situate la poli opuși și sunt priviți, folosind cuvintele unui pacient, „fie ca zei, fie ca diavoli". Acești indivizi nu pot integra aspectele agresive și libidinale ale altora, ceea ce le inhibă abilitatea de a aprecia cu adevărat experiențele interne ale altor oameni. Percepțiile lor asupra altora pot alterna în fiecare zi între idealizare și devalorizare, ceea ce poate fi foarte perturbator pentru oricine se află într-o relație cu o astfel de persoană. În mod similar, incapacitatea lor de a integra reprezentări pozitive și negative ale Sinelui determină o difuzie profundă a identității, așa cum este ilustrat de exemplul anterior al preotului.

Conceptul lui Kernberg de organizare de personalitate de tip borderline este distinct de caracteristicile fenomenologice existente care identifică o tulburare de personalitate specifică. Cu alte cuvinte, termenul lui cuprinde multe tulburări de personalitate diferite. În viziunea sa, pacienții cu tulburări de personalitate narcisică, antisocială, schizoidă, paranoidă, infantilă și ciclotimică, de exemplu, se caracterizează toți printr-o organizare de personalitate de tip borderline subiacentă.

Diagnosticelor de pe Axa II le lipsește în general validitatea discriminatorie, deoarece un pacient care primește diagnosticul de o tulburare de personalitate poate primi patru până la șase diagnostice adiționale de pe Axa II (Oldham et al., 1992). Această suprapunere este deosebit de prevalentă printre tulburările de personalitate din Grupa B, deoarece mulți pacienți au caracteristici ținând de două sau mai multe dintre entitățile din acea grupă. Pentru a evita confuzia conceptuală (și deoarece tulburările de personalitate înrudite, cum ar fi tulburarea paranoidă, schizoidă, narcisică, antisocială și histrionică sunt discutate pe larg în alte capitole din acest volum), discuția din acest capitol se reduce la acei pacienți cu trăsăturile borderline descrise în DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) — (Tabel 15–3).

Tabel 15–3. Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate borderline.

A. Un pattern pervaziv de instabilitate a relațiilor interpersonale, a imaginii Sinelui și a afectelor, și de impulsivitate marcată începând cu vârsta adultă tânără și care este prezent într-o varietate de contexte, așa cum o indică cinci (sau mai multe) din următoarele:
   (1) eforturi disperate pentru a evita abandonul real sau imaginar. *Notă:* Nu include comportamentul suicidar sau automutilant acoperit de criteriul 5
   (2) un pattern de relații interpersonale intense și instabile caracterizate prin alternarea între extreme ale idealizării și devalorizării
   (3) perturbarea identității: imagine a Sinelui sau simț al Sinelui instabil în mod marcat și persistent
   (4) impulsivitate în cel puțin două domenii cu potențial de autodistrugere (de ex. cheltuieli, sex, abuz de substanță, șofat imprudent, crize de supraalimentare). *Notă:* Nu include comportamentul suicidar sau automutilant acoperit de criteriul 5
   (5) comportament suicidar, gesturi sau amenințări, sau comportament automutilant recurent
   (6) instabilitate afectivă datorată unei reactivități marcate a dispoziției (de ex. disforie episodică intensă, irascibilitate sau anxietate care durează, de obicei, câteva ore și doar rareori mai mult de câteva zile)
   (7) sentimente cronice de vid
   (8) mânie inadecvată sau intensă sau dificultate în controlul mâniei (de ex. crize frecvente de mânie, mânie constantă, lupte fizice repetate)
   (9) ideație paranoidă tranzitorie, legată de stres sau simptome disociative severe.

Sursă. Retipărit după Asociația Psihiatrică Americană, *Manual statistic și diagnostic al tulburărilor mintale* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.

15.2 Trăsături demografice și evoluția bolii

Studii epidemiologice din Statele Unite și Norvegia sugerează că prevalența TPB este undeva între 0,7% și 1,8% din populația generală (Swartz et al., 1990; Torgersen et al., 2001). În populațiile clinice, prevalența este totuși undeva între 15% și 25% (Gunderson și Zanarini, 1987). În aproape toate eșantioanele, femeile sunt mult mai frecvent diagnosticate cu TPB, și astfel 71% până la 73% din cele mai multe eșantioane sunt femei (Widiger și Weissman, 1991). Pacienții borderline bărbați tind să manifeste o simptomatologie care prezintă un tablou clinic întru câtva diferit de prototipul de pacientă cu TPB. Zlotnick et

al. (2002) au evaluat 130 de pacienți cu TPB în ambulatoriu pentru variate tulburări legate de impuls apărute în cursul vieții. Bărbații cu TPB aveau o probabilitate mai mare de a avea tulburări legate de abuzul de substanță și de a îndeplini criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială. Femeile cu TPB au prezentat o probabilitate mai mare de a avea tulburări de comportament alimentar. De aceea bărbații cu TPB sunt adesea etichetați ca antisociali, mai degrabă decât borderline.

Deși sunt numeroase studii concepute pentru a evalua evoluția longitudinală a TPB, toate sunt grevate de probleme metodologice importante (Bateman și Fonagy, 2004b; Skodol et al., 2002; Zanarini et al., 2003). Parte din dificultatea în determinarea adevăratei evoluții este dată de faptul că eșantioanele de pacienți borderline netratați sunt greu de găsit. Prin însăși natura lor, pacienții cu TPB caută tratament. Prin urmare, studiile concepute să determine evoluția pe termen lung a acestor pacienți sunt contaminate în general de grade variate de tratament în spital, parțial în spital sau în ambulatoriu. În ciuda imperfecțiunilor, apar teme încurajatoare. Deși mulți clinicieni se descurajează din cauza naturii bine fixate a psihopatologiei borderline în timpul fazelor de început ale tratamentului, cea mai mare parte a cercetărilor sugerează că rezultatele pe termen lung sunt mai bune decât cele pentru tulburările psihiatrice mai serioase. În patru dintre studiile mai vechi care au folosit evaluări retrospective (McGlashan, 1986; Paris et al., 1987; Plakun et al., 1985; Stone et al., 1987), între două treimi și trei pătrimi dintre pacienții evaluați în cea de-a doua decadă a studiului se prezentau rezonabil de bine, erau în stare să trăiască independent și nu mai îndeplineau criteriile pentru TPB. Totuși 3%–10% dintre pacienții aflați în aceste studii s-au sinucis, sugerând că tentativele de suicid nu trebuie respinse cu dispreț de clinicieni ca fiind gesturi nesemnificative.

Studii prospective (Karterud et al., 1992; Mehlum et al., 1991; Najavits și Gunderson, 1995; Skodol et al., 2002; Zanarini et al., 2003) au demonstrat, de asemenea, evoluții pozitive, dar la un interval de timp mult mai scurt. Într-un studiu prospectiv de urmărire pe șase ani, Zanarini et al. (2003) au găsit că 73,5% din 290 de pacienți cu TPB îndeplineau criteriile pentru remisiune la sfârșitul celor șase ani. Doar 6% dintre cei care s-au remis au avut recăderi, sugerând că ameliorările în funcționare erau rezonabil de stabile. De un interes deosebit este că acești pacienți începuseră studiul în timpul spitalizării, astfel încât eșantionul era compus din pacienții cel mai serios perturbați din spectrul borderline. Doar 11 pacienți s-au sinucis. Investigatorii au tras concluzia că simptomele fac parte din două categorii. Prima categorie cuprinde gândire cvasipsihotică, tentative de suicid, automutilări și regresii sub tratament, toate acestea părând să dispară relativ devreme în evoluție. Celelalte simptome rămân prezente la șase ani și pot persista indefinit.

Tabel 15–4. Factori de prognostic în tulburarea de personalitate borderline.

Prognostic prost	Prognostic bun
Brutalitate/incest parental (Stone, 1990)	IQ ridicat (McGlashan, 1985; Stone, 1990)
Instabilitate afectivă mai mare (McGlashan, 1992)	Absența sentimentului narcisic de îndreptățire (Plakun, 1991)
Gândire magică (McGlashan, 1992)	Absența divorțului parental (Plakun, 1991)
Impulsivitate și abuz de substanță (Links et al., 1993)	
Trăsături comorbide schizotipale, antisociale sau paranoide (Links et al., 1998; McGlashan, 1986; Stone, 1993)	
Prezența psihopatologiei materne (Paris et al., 1988)	
Istoric familial de maladie mintală (Paris et al., 1988)	

Acestea cuprind simptomele cele mai rezistente sau bazate pe temperament, cum ar fi sentimente de mânie și vid, dificultate în a tolera singurătatea și preocupări în legătură cu abandonul.

Deoarece TPB este o entitate eterogenă, unii pacienți cu acest diagnostic au o putere remarcabilă care duce la un prognostic mai bun, pe când alții sunt sortiți unor evoluții proaste. Literatura limitată care există în legătură cu prognosticul este rezumată în Tabelul 15–4.

15.3 Înțelegere psihodinamică și etiologie

15.3.1 Formulări psihanalitice timpurii

Kernberg (1975) a legat etiologia și patogeneza TPB de schema de dezvoltare a lui Margaret Mahler (Mahler et al., 1975), așa cum este subliniat în Capitolul 2. El a țintit subfaza de reapropiere, între aproximativ 16 și 24 de luni, ca fiind sediul cronologic al unei crize în dezvoltare. În acest stadiu, copilul se alarmează în legătură cu posibilitatea ca mama lui să dispară și, din timp în timp, arată o preocupare disperată pentru localizarea ei. Din această perspectivă legată de dezvoltare, Kernberg a sugerat că pacienții borderline retrăiesc în mod repetat o criză infantilă timpurie în care le este teamă că încercările de a se separa de mama lor vor avea drept rezultat dispariția

ei și abandonarea lor. Drept urmare, pacienții borderline adulți suferă de o dificultate în a fi singuri și au o anxietate constantă că alții îi vor abandona.

O a doua componentă a acestui impas în dezvoltare este o lipsă a constanței obiectului, care-i lasă pe pacienți incapabili să integreze aspectele bune și rele ale lor și ale altora. Rezultatul final este o stare pe care Kernberg (1966) o caracterizează prin predominanța introiectelor negative. Atât reprezentările Sinelui, cât și ale obiectului sunt clivate în „complet bune" și „complet rele", astfel încât forțele urii și distructivității nu vor distruge sentimentele bune sau de iubire.

Formularea lui Masterson și Rinsley (1975) s-a concentrat și pe subfaza de reapropiere a separării-individuării. Totuși ei au argumentat că mamele pacienților borderline le-au dat acestora un mesaj clar că dacă ei se separă, mama își va retrage iubirea, provocând o „depresie de abandon". Adler (1985), pe de altă parte, a abordat psihopatologia borderline dintr-un model al deficitului sau al „insuficienței". În viziunea lui, maternajul inconsistent sau nedemn de încredere a determinat eșecul pacientului borderline în dezvoltarea „unui obiect intern liniștitor și cu funcție de conținere". Influențat de teoriile psihologiei Sinelui ale lui Kohut (vezi Capitolul 2), Adler a înțeles pacientul borderline ca pe cineva în căutare de funcții ale obiectului Sinelui la figuri externe din cauza absenței de introiecte suportive. El a subliniat incapacitatea pacientului de a avea „o memorie de evocare", astfel încât copilul să poată evoca imaginea liniștitoare a unei figuri materne în absența fizică a mamei.

15.3.2 Descoperiri empirice

Toate modelele psihodinamice au fost puse la încercare într-o anumită măsură de cercetarea empirică în literatură. De exemplu, supraimplicarea maternă descrisă în formularea Masterson-Rinsley a fost pusă sub semnul întrebării într-o serie de studii (Frank și Hoffman, 1986; Frank și Paris, 1989; Goldberg et al., 1985; Gunderson et al., 1980; Paris și Frank, 1989; Paris și Zweig-Frank, 1992; Soloff și Millward, 1983; Zweig-Frank și Paris, 1991) care sugerează în colectiv trei concluzii generale (Zanarini și Frankenburg, 1997): 1) pacienții borderline își văd în general relațiile lor cu mama ca distante, înalt conflictuale sau de neimplicare; 2) eșecul tatălui de a fi prezent este un aspect și mai discriminator al familiilor de origine decât relația maternă; 3) relații perturbate atât cu mama, cât și cu tatăl pot fi și mai patogene, precum și mai specifice pentru TPB decât cele cu oricare din părinți singur.

Aceste descoperiri sugerează că neglijarea poate fi un factor etiologic și mai semnificativ decât supraimplicarea. Un studiu prospectiv

conceput elegant (Johnson et al., 1999) a constatat că neglijarea în copilărie era asociată cu o creştere a simptomelor în TPB ca şi a celor legate de câteva alte tulburări de personalitate.

Teoriile psihodinamice care subliniază semnificaţia separării şi abandonului au primit unele confirmări de la studii care măsoară prevalenţa separărilor timpurii şi a pierderii în istoriile din copilărie ale pacienţilor cu TPB (Akiskal et al., 1985; Links et al., 1988; Walsh, 1977; Zanarini et al., 1989a). Într-un studiu (Zanarini şi Frankenburg, 1997) care compară pacienţii borderline cu cei care sunt diagnosticaţi cu alte tulburări de pe Axa II, cu pacienţi psihotici şi pacienţi tulburaţi afectiv, cei cu TPB au fost găsiţi cu un procentaj semnificativ mai mare de pierderi şi separări timpurii în trecutul lor. Cifrele se întindeau de la 37% la 64% şi erau înalt discriminatorii pentru TPB (Zanarini şi Frankenburg, 1997).

Modelele psihodinamice timpurii au subevaluat în mod serios rolul jucat de traumele din copilărie în etiologia şi patogeneza TPB. Există acum un sprijin empiric important pentru noţiunea că abuzul în timpul copilăriei este un factor major care contribuie în etiologia tulburării (Baker et al., 1992; Gunderson şi Sabo, 1993; Herman et al., 1989; Ogata et al., 1990; Swartz et al., 1990; Walsh, 1977; Westen et al., 1990; Zanarini et al., 1989b, 1997). Abuzul sexual în copilărie pare a fi un factor etiologic important la aproximativ 60% dintre pacienţii borderline. Deşi pacienţii de control cu alte tulburări de personalitate sau cu depresie nu raportează abuzul sexual la fel de des precum pacienţii borderline, acelaşi lucru nu este adevărat pentru abuzul fizic, unde prevalenţa este în mare aceeaşi. Cam 25% dintre pacienţii borderline au o istorie de incest părinte–copil. Pe de altă parte, abuzul sexual nu este nici necesar, nici suficient pentru dezvoltarea TPB, şi alte experienţe timpurii, cum ar fi neglijarea de către cei de ambele sexe care cresc copilul şi mediul de acasă haotic sau inconsistent, apar de asemenea ca factori de risc semnificativi (Zanarini et al., 1997). Această perspectivă a fost sprijinită într-un studiu prospectiv de către Johnson et al. (1999), care au legat simptomele borderline de la vârsta adultă de abuzul sexual şi de neglijarea din copilărie, dar nu şi de abuzul fizic.

Relativ puţine studii au căutat să determine dacă maltratarea în copilărie este specifică TPB sau este parte a patogenezei tuturor tulburărilor de pe Axa II. În studiul longitudinal în colaborare al tulburărilor de personalitate (Battle et. al., 2004), investigatorii au examinat istoriile din copilărie a 600 de adulţi cu tulburare de personalitate şi au semnalat trei descoperiri primordiale: 1) o proporţie mare de pacienţi cu tulburare de personalitate au raportat a fi fost expuşi la neglijare sau la abuz fizic în timpul creşterii lor (73% au destăinuit abuz în antecedente şi 82% au raportat că au fost neglijaţi în copilărie); 2) când diagnosticele câtorva tulburări de personalitate au fost evaluate în

același timp, diagnosticul de pe Axa II cel mai frecvent asociat cu maltratarea în copilărie a fost TPB și 3) două alte grupuri de tulburări de personalitate — obsesiv-compulsivă și antisocială — pot avea, de asemenea, rate înalte de maltratare. Deși acest studiu are dezavantajul de a fi retrospectiv, el confirmă noțiunea că maltratarea în copilărie joacă un rol în dezvoltarea TPB. Totuși rezultatele demonstrează și că nu toți indivizii care dezvoltă o TPB raportează aceste experiențe de neglijare și abuz în copilărie.

Experiențele de abuz și de neglijare sunt de obicei legate de modele de atașament problematice. Bateman și Fonagy (2004a, 2004b) au dezvoltat un model bazat pe mentalizare derivat din teoria atașamentului. Așa cum s-a discutat în Capitolul 2, teoria atașamentului postulează patru categorii de legături între un copil și cel care-l crește: 1) sigură/autonomă, 2) nesigură/evitantă, 3) anxioasă și 4) nehotărâtă/dezorganizată. Intim legat de aceste modalități nesigure de atașament este defectul în abilitatea de a mentaliza. Mai precis, mulți pacienți borderline au o mare dificultate în a aprecia și a recunoaște că stările percepute cu privire la ei și la alții sunt subiective și supuse greșelii și sunt reprezentări ale realității care reflectă doar una dintr-o serie de perspective posibile. Mentalizarea este o trăsătură a memoriei procedurale implicite prin aceea că se creează în contextul atașamentului sigur cu o persoană care-l îngrijește pe copil și care îi transmite acestuia stări mintale, îl tratează pe copil ca pe cineva important și îl ajută să-și creeze modele de lucru interne. Cu alte cuvinte, cineva citește automat expresia de pe o altă față și știe ce simte persoana respectivă fără un efort conștient intens pentru a afla înțelesul expresiei faciale.

În absența unui atașament sigur, copiii au dificultăți în a-și discerne propriile stări mintale sau ale altora. O persoană cu atașament sigur îi transmite copilului acest atașament sigur și capacitatea sa de mentalizare. Cercetarea a legat pacienții cu TPB cu categorii de atașament nesigur fie de tip anxios, fie de tip nehotărât/dezorganizat (Alexander et al., 1998; Allen, 2001; Patrick et al., 1994; Stalker și Davies, 1995). Eșecul de a rezolva trauma pare a distinge grupul cu TPB de ceilalți. Trauma timpurie din copilărie duce la o retragere defensivă din lumea mintală din partea victimei. Drept urmare, unii pacienți cu TPB care avuseseră o traumă severă fac față abuzului prin evitarea reflecției asupra conținutului minții celui care are grijă de ei, ceea ce impiedică rezolvarea experiențelor de abuz (Fonagy, 2001). O pacientă a cărei mamă a amenințat să-i taie mâinile când a făcut dezordine a povestit că a încetat să se mai gândească de ce a țipat mama ei la ea, deoarece îi era teamă că mama ei o ura și o privea ca pe un monstru.

Fonagy et al. (1996) au studiat un eșantion de paciente internate cu tulburări severe de personalitate. Folosind o Scală de Funcționare Reflectivă (Fonagy et al., 1997) care a fost dezvoltată pentru a măsura

capacitatea de mentalizare, ei au fost în stare să cuantifice această dimensiune. Dintre cei cu abuz și funcționare reflectivă joasă, 97% întruneau criteriile pentru TPB. Totuși doar 17% dintre subiecții din grupul care a raportat abuz și care au avut rate înalte în funcționarea reflectivă îndeplineau criteriile pentru TPB. Deci pacienții cu capacitate de mentalizare puteau înțelege mintea celui care-i are în grijă și puteau prelucra ceea ce s-a întâmplat astfel încât să rezolve trauma. Pe de altă parte, cei care au făcut față abuzului prin refuzul de a gândi la ceea ce se întâmpla în mintea celui care-i avea în grijă au eșuat în a mentaliza și, prin urmare, nu au putut rezolva experiența de abuz.

În dezvoltarea normală, mentalizarea este o realizare psihologică. Un copil sub vârsta de 3 ani operează primar în modul de echivalență psihică (Fonagy, 2001). În acest mod, copilul presupune că percepțiile realității sunt identice cu realitatea însăși. Undeva în jurul vârstei de 4 sau 5 ani, copilul începe să integreze modul „ca și cum" cu modul de gândire de echivalență psihică. Copilul de 5 sau 6 ani înțelege că percepția cuiva este influențată de factori subiectivi. Aceasta permite fenomenul de joacă, unde copiii pot pretinde că sunt altcineva decât sunt de fapt. Pacienții cu TPB au frecvent o mare dificultate în a trece de la modul de echivalență psihică la modul „ca și cum".

Autoorganizarea se bazează mult pe capacitatea de a se concepe pe sine însuși și pe ceilalți ca pe agenți mintali (Bateman și Fonagy, 2004a). În cursul dezvoltării, copilul este sub o mare presiune să dezvolte întru câtva o reprezentare a stărilor interne. Copiii se regăsesc tipic în ochii mamei lor sau în ochii celui care-i are în grijă, deoarece figura parentală le reflectă înapoi ceea ce ea sau el vede în copil. Când părinții sau cei care-i au în grijă eșuează în a procura acest tip de experiență, este internalizată o persoană înfricoșătoare sau înfricoșată ca parte a structurii Sinelui copilului (Fonagy și Target, 2000). Ca urmare, o reprezentare ostilă sau „străină" se află în interiorul reprezentării Sinelui copilului. În consecință, copilul crește cu o nevoie de a externaliza Sinele străin, astfel încât o altă minte să dețină controlul acestor atribute neplăcute. Acest mecanism este o explicație de ce pacienții borderline intră repetat în relații în care se simt victimizați de alții care sunt percepuți ca persecutori. Prin procesul de identificare proiectivă, un pacient poate, de asemenea, să influențeze un psihoterapeut, de exemplu, sau orice altă figură semnificativă să preia caracteristicile „Sinelui străin" sau ale „obiectului rău".

15.3.3 Descoperiri din neurobiologie

O consecință a interacțiunilor traumatice timpurii cu părinții sau cu cei care-i au în grijă este aceea că pacienții borderline pot avea o

hipervigilență persistentă, deoarece ei au nevoie să scaneze mediul din jur din cauza posibilității ca alții să aibă intenții răuvoitoare la adresa lor. Descoperirile neurobiologice confirmă această sechelă a traumei apărută în cursul dezvoltării. Rinne et al. (2002a) au studiat 39 de paciente cu TPB cărora li s-au aplicat teste combinate cu dexametazonă/hormon de eliberare a corticotropinei (CRH-corticotropin releasing hormone), folosind 11 subiecți sănătoși de control. Douăzeci și patru dintre aceste femei aveau un istoric de abuzuri susținute în copilărie. Cincisprezece dintre ele nu aveau un istoric de abuzuri susținute în copilărie. Când autorii au examinat rezultatele, pacientele cu TPB abuzate cronic au avut reacții semnificativ crescute de hormon adrenocorticotrop (ACTH) și de cortizol la testul la dexametazonă/CRH în comparație cu subiecții neabuzați. Ei au tras concluzia că un istoric de abuzuri susținute în copilărie se asociază cu o reacție crescută de eliberare de ACTH. Descoperirile lor sugerează că această stare fiziologică de hiperreactivitate este relevantă pentru un subgrup de pacienți borderline, dar nu pentru toți. Abuzul susținut în copilărie apare ca având drept efect creșterea sensibilității receptorilor la CRH.

Cunoștințele despre reacția crescută a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal se potrivesc bine cu înțelegerea noastră a modelului relațiilor de obiect interne în TPB. Deoarece înțelegem că relațiile de obiect interne se creează prin construirea unor blocuri ale reprezentărilor de Sine, ale reprezentărilor de obiect și a unor afecte care le leagă, putem presupune că o stare afectivă anxioasă și hipervigilentă ar fi legată de o percepție a altora ca persecutori și a Sinelui ca fiind victimizat (figura 15–1).

O funcție a amigdalei este de a crește vigilența și de a facilita o evaluare individuală a potențialului pentru situații noi sau ambigue (Donegan et al., 2003). Un studiu de imagistică prin rezonanță

Figura 15–1. O relație de obiect intern asociată cu hiperreactivitatea axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal.

magnetică funcțională (fMRI) (Herpetz et al., 2001) a comparat șase paciente cu TPB cu șase subiecți de control femei. Principala descoperire a studiului a fost că amigdala pe ambele părți ale creierelor pacientelor borderline a arătat o activare crescută în comparație cu amigdalele grupului de control. Investigatorii au tras concluzia că cortexul perceptual la un pacient borderline poate fi modulat prin amigdală, ducând la creșterea atenției la stimulii relevanți emoțional din mediu.

Două studii diferite (Donegan et al., 2003; Wagner și Linchan, 1999) au examinat cum pacienții borderline, comparați cu subiecții de control, reacționează la prezentări standard de fețe. Într-un studiu (Donegan et al., 2003), pacienții borderline au arătat o activare semnificativ mai mare a amigdalei stângi la expresiile faciale de emoție în comparație cu subiecții de control normali. De și mai mare importanță totuși a fost tendința subiecților borderline, în contrast cu subiecții de control, de a atribui unor fețe neutre atribute negative. Fețele care erau fără expresie au fost privite ca amenințătoare, nedemne de încredere și eventual complotând să facă ceva nelegiuit. O amigdală hiperactivă poate fi implicată în predispoziția de a fi hipervigilent și suprareactiv la expresii emoționale relativ benigne. Această citire greșită a expresiilor faciale neutre se leagă clar de citirile greșite în transfer care apar în psihoterapia pacienților borderline.

Studiile care folosesc tehnici imagistice de rezonanță magnetică cu pacienți borderline și subiecți de control au demonstrat volume reduse ale hipocampului și amigdalei la pacienții cu TPB versus grupurile de control (Driessen et al., 2000; Schmahl et al., 2003a; van Elst et al., 2003). Deși rolul traumei în reducerea volumului hipocampului a fost stabilit în multe studii, relația exactă dintre trauma timpurie și volumele reduse ale amigdalei este neclară. În două studii (Lyoo et al., 1998; Van Elst et al., 2003), au fost de asemenea observate reducerile de volum ale lobilor frontal și orbitofrontal. Aceste descoperiri au o explicație posibilă. Slăbirea controalelor inhibitorii prefrontale pot, de fapt, să contribuie la hiperactivitatea amigdalei (vezi figura 15–2).

De un interes deosebit în studiul fMRI al lui Van Elst et al. (2003) a fost faptul că volumele orbitofrontale stângi s-au corelat semnificativ cu volumele amigdalei. Scăderea volumului hipocampului poate fi corelată cu dificultățile pe care le au pacienții borderline în a evalua cum relațiile curente pot sau nu să semene cu relații trecute și în a învăța din experiențele asociate cu acele relații trecute.

Locul central al anxietății de separare și al temelor de abandon la pacienții cu TPB a fost studiat și cu ajutorul tomografiei prin emisie de pozitroni. Schmahl et al. (2003b) au investigat fluxul sanguin cerebral la 20 de femei cu un istoric de abuz sexual în copilărie, în timp ce acestea ascultau scenarii descriind evenimente neutre și personale implicând abandonul. Reacțiile pacientelor cu TPB și ale celor fără TPB

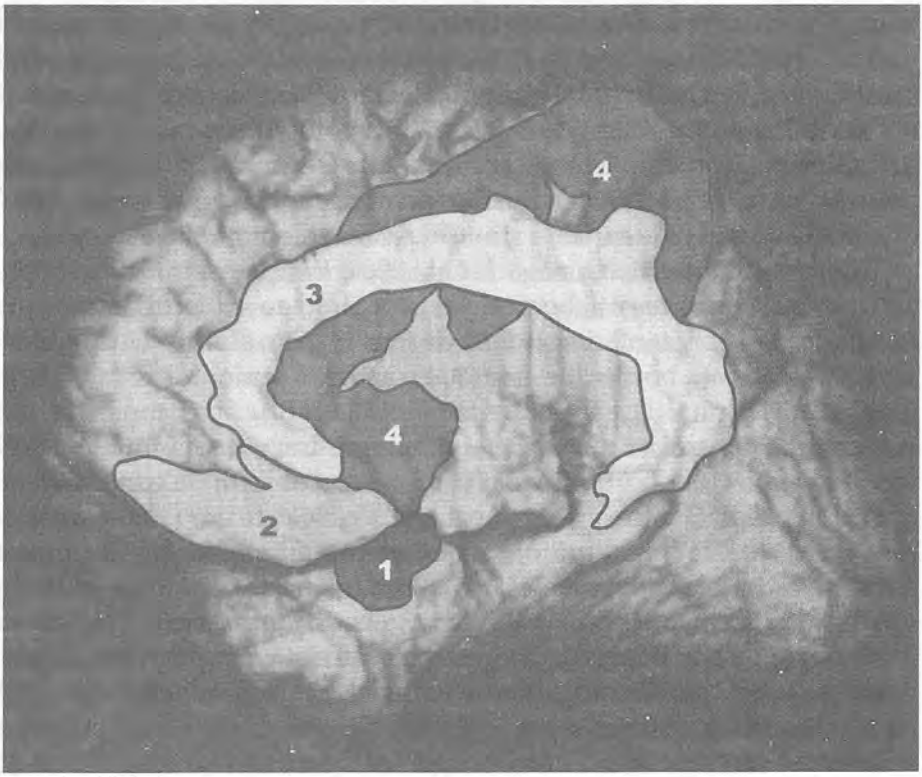

Figura 15–2. Proximitatea amigdalei de cortexul prefrontal.
Vedere mediană a emisferei drepte a creierului: 1: amigdala; 2: cortex prefrontal ventromedian (orbital); 3: cortex cingulat; 4: cortexuri corelate somatosenzorial.
Retipărit din Schore AN: *Affect Regulation and the Repair of the Self* (*Reglarea afectului și repararea Sinelui*). New York, WW Norton, 2003. Copyright 2003, Allan N. Schore. Folosit cu permisiune.

au fost comparate. Descoperirile au implicat disfuncția cortexului median și prefrontal dorsolateral, inclusiv a cortexului anterior cingulat, temporal stâng, și a cortexului asociației vizuale la pacientele cu TPB. La femeile cu TPB, expunerea la amintirea abandonului prin scenariile personalizate a avut drept rezultat activarea crescută în aceleași arii care au fost documentate la maimuțele rhesus după separarea de mamele lor. Prin urmare, investigatorii au postulat că stresul asociat cu separarea maternă activează aceeași regiune din creier ca și amintirile abandonului din copilărie la acești pacienți. Deoarece cortexul median prefrontal are conexiuni inhibitorii cu amigdala și joacă un rol în stingerea răspunsului de frică, o altă posibilitate este aceea că acest pattern reflectă o incapacitate de a opri generarea de emoții negative din amigdală.

A fost, de asemenea, propus un substrat neuronal pentru clivaj. Traumele timpurii pot să determine lateralizarea emisferică și să afecteze în mod defavorabil integrarea emisferelor dreaptă și stângă.

Atenuarea potențialelor evocate la proba auditivă a fost măsurată ca un index al activității emisferice la 10 subiecți cu un istoric de traumă în copilărie și la 10 subiecți apariați pentru comparație și fără un astfel de istoric în timp ce-și rememorau o amintire neutră și apoi una traumatică (Schiffer et al., 1995). Copiii abuzați și-au folosit emisfera stângă când s-au gândit la amintiri neutre și pe cea dreaptă pentru amintirile înfricoșătoare. Grupul de comparație a folosit atât partea stângă, cât și pe cea dreaptă în mod egal, indiferent de conținutul amintirii. Acest eșec al integrării emisferice poate fi reflectat în folosirea clivajului de către pacienții cu TPB ca mecanism de apărare major.

Studiile de imagistică sugerează că mentalizarea implică niște structuri diferite ale creierului care lucrează împreună (Baron-Cohen et al., 1999; Calarge et al., 2003; Frith și Frith, 1999; Gallagher et al., 2000; Goel et al., 1995). Majoritatea acestor studii implică să-i ceri subiectului să îndeplinească activități mintale care necesită o înțelegere a lumii interne a altcuiva. Calarge et al. (2003), de exemplu, au cerut unui număr de 13 voluntari sănătoși să se plaseze în locul altei persoane și să-i atribuie acelei persoane stări mintale punându-i să descrie experiența unui străin care plânge și pe care-l întâlnesc din întâmplare pe o bancă într-un parc. Autorii au observat că aceste capacități sunt necesare în practica psihoterapiei psihodinamice. Ca și în alte studii, regiunea frontală mediană s-a activat când subiecții le-au atribuit altora stări mintale. Una dintre descoperirile cele mai semnificative a fost că activarea cea mai mare în timpul acestei sarcini a apărut în cerebelul drept. Ca și Frith și Frith (1999), acești investigatori au sugerat că este cel mai bine să ne gândim la un sistem sau la o rețea de tip „teorie a minții" care este larg răspândită și făcută din noduri interactive situate probabil în regiunile frontale mediane, sulcusul temporal superior, regiunea frontală inferioară și cerebelul.

Multe dintre corelările neurobiologice ale TPB apar ca fiind legate de traumă, dar unii dintre acești factori pot fi datorați influențelor genetice, prenatale sau postnatale. Studiile asupra etiologiei au găsit în mod consistent că istoriile de traumă și de neglijare nu sunt prezente la toți pacienții borderline. Ca urmare, orice etiologie trebuie gândită ca multifactorială. Datele genetice sunt limitate pentru TPB, dar singurul studiu pe gemeni bazat pe criteriile DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) sugerează că factorii genetici lucrează (Torgersen et al., 2000). Gemenii monozigoți au arătat o rată de concordanță de 35% pentru TPB, pe când gemenii dizigoți au arătat o rată de concordanță de doar 7%. Concentrarea pe un număr de trăsături care se pot moșteni, precum defectul în reglarea emoțională, poate fi mai relevantă decât încercarea de a identifica transmisibilitatea directă a unei tulburări specifice de personalitate (Skodol et al., 2002). Pacienții borderline sunt eterogeni, sugerând că TPB este influențată

de dimensiuni genetice multiple care pot determina fenotipuri oarecum diferite.

Cloninger et al. (1993) au dezvoltat un model psihobiologic al personalității care implică patru dimensiuni ale temperamentului și trei dimensiuni ale caracterului. În acest model, aproximativ 50% din personalitate poate fi atribuită temperamentului, care este influențat puternic de variabile genetice, și 50% caracterului, care este determinat în mare parte de variabile de mediu (figura 15–3).

Cele patru dimensiuni ale temperamentului sunt: 1) *căutarea noutății*, caracterizată prin activitate exploratorie frecventă ca răspuns la noutate, impulsivitate în luarea deciziilor, extravaganță în abordarea semnalelor interpersonale și a recompensei, pierdere rapidă a stăpânirii de sine și evitare activă a frustrației; 2) *evitarea răului*, care implică îngrijorare pesimistă asupra viitorului, comportament evitant, cum ar fi teama de nesiguranță și timiditate față de străini, și fatigabilitate rapidă; 3) *dependență de recompensă*, caracterizată prin sentimentalitate, atașament social și dependență de aprobarea celorlalți și 4) *persistență*, care se referă la capacitatea de a fi perseverent în ciuda frustrării și a oboselii.

Cele trei dimensiuni ale caracterului sunt formate de familie și influențele familiale, fantasmele intrapsihice, traumele și factorii de stres din mediu. *Conducerea de sine* implică acceptarea responsabilității pentru alegerile proprii mai degrabă decât învinuirea altora, acceptarea de sine, a avea resurse și identificarea scopurilor și țelurilor vieții. *Capacitatea de cooperare* este o măsură a capacității pentru relații de obiect și atinge dimensiuni ca empatia, capacitatea de a oferi ajutor, compasiunea și acceptarea socială. *Transcendența de sine* se referă la acceptarea spirituală a persoanei, identificările dincolo de sine și ocupațiile altruiste.

Cloninger et al. (1993) au găsit că dimensiunile caracterului de conducere de sine și de capacitate de cooperare sunt factori critici în diagnosticul tulburării de personalitate. De fapt, conducerea de sine scăzută și capacitatea de cooperare scăzută sunt asociate cu toate categoriile de tulburări de personalitate. Unele temperamente sunt

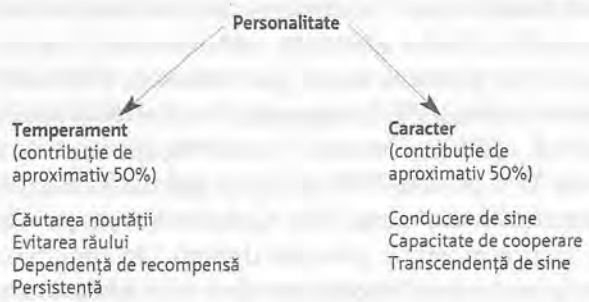

Figura 15–3. Un model psihobiologic al personalității
Sursă. Bazat pe Cloninger et al., 1993.

caracteristice pentru tipuri specifice de tulburări de personalitate. Cloninger și colegii au raportat că pacienții cu TPB sunt unici în a fi la nivel înalt *atât* în căutarea noutății, *cât și* în evitarea răului. Cu alte cuvinte, pacienții borderline sunt impulsivi și furioși, dar și extrem de anxioși.

Modelul Cloninger sugerează o diateză genetic-biologică pe care acționează unii factori de mediu pentru a crea combinația între conducerea de sine redusă și capacitatea de cooperare redusă în legătură cu un temperament caracterizat prin evitarea marcată a răului și căutarea intensă a noutății. Figueroa și Silk (1997) au propus un model înrudit în care efectele traumei interacționează cu o predispoziție subiacentă la disfuncție serotoninergică. Ipoteza lor se bazează pe observația că pacienții borderline au un nivel de activitate serotoninergică semnificativ scăzut. Deoarece serotonina are un efect inhibitor pe comportament, impulsivitatea caracteristică pacienților borderline poate fi corelată parțial cu această activitate serotoninergică alterată (Coccaro și Kavoussi, 1997; Coccaro et al., 1989; Siever și Davis, 1991). Vulnerabilitatea crescută secundară nivelului mai scăzut de serotonină este înrăutățită de efectele traumei, care determină alterări ale cortizolului și catecolaminelor. Sistemul noradrenergic hipersensibil, datorat în parte temperamentului și în parte hiperactivității rezultate din traumă, duce la un comportament autodistructiv, cum ar fi mutilarea, încercarea de a diminua afectele disforice și dureroase.

Dovezi suplimentare ale unui substrat biologic pentru TPB derivă din date care sugerează prezența deficitelor neurocognitive. Andrulonis (1991) a notat că un număr semnificativ de pacienți borderline au semne ușoare de dificultăți neurobiologice, inclusiv un istoric de tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate, de probleme de învățare, de slab control al impulsului și de tulburare de conduită. Studii ale tulburărilor neuropsihologice au raportat că pacienții borderline au semnificativ mai multe semne de astfel de tulburări, dar și că unele dintre dificultăți pot fi subtile și să devină evidente doar când subiecții cu TPB sunt comparați cu subiecți de control sănătoși (O'Leary și Cowdry, 1994; O'Leary, 2000; Swirsky-Sacchetti et al., 1993; vanReekum et al., 1993). Cel puțin un studiu a identificat, de asemenea, o rată semnificativ crescută a traumatismului cranio-cerebral înainte de diagnostic la pacienții cu TPB în comparație cu subiecții de control (Streeter et al., 1995).

Aceste date acumulate sugerează că TPB are o etiologie multifactorială. Zanarini și Frankenburg (1997) au postulat trei factori majori. Unul este reprezentat de mediul de acasă traumatic și haotic și care implică separări timpurii, neglijare, discordie emoțională în familie, insensibilitate la sentimentele și nevoile copilului și traume de diferite grade. Cel de-al doilea este un temperament vulnerabil cu baze biologice. Cel de-al treilea factor este legat de evenimente declanșatoare,

cum ar fi încercarea de a avea o relație intimă, plecarea de acasă sau suferirea unui viol sau a unui alt eveniment traumatic, oricare dintre acestea putând acționa ca un catalizator în producerea simptomatologiei tulburării borderline. Unele tipuri de temperamente cu baze biologice pot crește probabilitatea de apariție a unor evenimente de viață negative, astfel încât există un efect interactiv permanent al genelor și al mediului exterior în dezvoltarea TPB (Paris, 1998). O concluzie este că fiecare pacient borderline poate avea o cale etiologică unică ce implică diferite grade ale fiecăruia dintre factorii etiologici.

Unele dintre viziunile contradictorii exprimate în teoriile psihodinamice pot reflecta diferite experiențe din cadrul dezvoltării, precum și populații diferite de pacienți borderline. De exemplu, pacienții care au suferit o pierdere timpurie în copilărie sau au fost neglijați pot eșua în a dezvolta un introiect liniștitor și cu funcție de conținere, așa cum a descris Adler (1985). Cercetările lui Zweig-Frank și Paris (1991) arată că alți pacienți au fost supuși la un control excesiv în copilărie (atât de către mamă, cât și de către tată) și prin urmare pot avea preocupări legate de abandon, precum cele descrise de Masterson și Rinsley (1975) și Kernberg (1975). Cercetări controlate au documentat, de asemenea, un grad înalt de corelare între problemele de separare-individuare și psihopatologia borderline (Dolan et al., 1992).

15.4 Tratament

Deși nu există studii controlate randomizate care să compare folosirea combinată a medicației și a psihoterapiei pentru pacienții borderline cu psihoterapia singură, combinația dintre medicație și psihoterapie a devenit tratamentul standard pentru cei mai mulți pacienți borderline. Într-adevăr *Ghidul de practică pentru tratamentul pacienților cu tulburare de personalitate borderline* al Asociației Psihiatrice Americane (2001) recomandă atât psihoterapia, cât și medicația ca fiind abordarea terapeutică optimă.

15.4.1 Farmacoterapia

Medicația a devenit din ce în ce mai mult o parte standard a tratamentului global al pacienților cu TPB. Eficacitatea agenților poate deriva din schimbarea temperamentului de bază, din acțiunea asupra simptomelor țintă specifice ale tulburării de personalitate sau din tratarea tulburărilor de comorbiditate de pe Axa I (Gabbard, 2000).

Practic vorbind, un principiu bun după care să ne ghidăm este țintirea unor simptome specifice ale TPB și încercarea unei singure medicații la un moment dat pentru a evalua dacă agentul a ameliorat simptomul specific țintit. Clinicienii sunt întotdeauna supuși riscului de a prescrie în exces din cauza exasperării de contratransfer față de pacient până la punctul în care sunt încercați simultan multipli agenți și nici un medicament individual nu poate fi evaluat în termeni de eficacitate. Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) au devenit din ce în ce mai populari ca agenți de primă linie. Patru studii diferite dublu orb și cu subiecți de control tratați cu placebo (Coccaro și Kavoussi, 1997; Markovitz, 1995; Rinne et al., 2002b; Salzman et al., 1995) au demonstrat un anumit grad de eficacitate la pacienți cu tulburare de personalitate borderline și alte tulburări severe de personalitate. Acești agenți par a fi eficienți în special în reducerea mâniei, a comportamentului impulsiv-agresiv, a agresiunii verbale deosebite și a schimbărilor rapide de dispoziție sau a labilității afective. Unii pacienți necesită doze de fluoxetină până la 80 mg/zi pentru ca aceasta să fie eficientă (Markovitz, 1995), pe când alții par a-și ameliora starea la doze din spectrul celor administrate pacienților depresivi (20–40 mg/zi).

Folosirea ISRS poate facilita psihoterapia prin reducerea „zgomotului afectiv" cum ar fi mânia intensă, anxietatea hipervigilentă sau disforia, care-i împiedică pe pacienți să reflecteze asupra lumii lor interne și a experiențelor interioare ale altora (Gabbard, sub tipar). Există și dovezi din ce în ce mai multe că ISRS pot de fapt să stimuleze neurogeneza, mai ales în hipocamp, și să ducă astfel la ameliorarea memoriei verbale declarative (Vermetten et al., 2003). În plus, ISRS pot să reducă hiperactivitatea axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal prin reducerea hipersecreției factorului de eliberare a corticotropinei (CRF) (Nemeroff și Owens, 2004).

Rinne et al. (2003) au studiat impactul fluvoxaminei asupra axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal la 30 de paciente borderline. Subiecților li s-a administrat concomitent un test cu dexametazonă și cu hormonul de eliberare a corticotropinei (DEX/CRH). Testul a fost administrat înainte și după tratamentul cu fluvoxamină la doza de 150 mg/zi. Șaptesprezece dintre paciente aveau un istoric de abuz susținut în copilărie, pe când 13 paciente nu aveau un istoric de abuz. Atât 6, cât și 12 săptămâni de tratament cu fluvoxamină au fost asociate cu o reducere semnificativă a răspunsului de ACTH și cortizol la testul DEX/CRH. Amplitudinea reducerii era corelată direct cu prezența abuzului susținut în copilărie, dar nu era dependentă de prezența unei tulburări de stres posttraumatic sau a unei depresii majore comorbide. Investigatorii au tras concluzia că fluvoxamina reduce hiperreactivitatea axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal la pacienții cu TPB care au un istoric de abuz susținut în copilărie.

Reducerea hiperreactivității axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal poate să afecteze direct capacitatea pacientului de a reflecta. Așa cum am descris mai sus, starea afectivă hipervigilentă, anxioasă este legată de o unitate specifică de relații de obiect din interiorul pacientului care implică percepția altora ca potențiali persecutori răuvoitori și pe sine ca pe o victimă (Gabbard, sub tipar). În stare de teroare, cineva nu poate gândi clar; poate doar să reacționeze. Scăderea hiperreactivității cu un ISRS facilitează gândirea și reflecția. Fără starea afectivă intensă care exista înainte de tratamentul cu ISRS, pacientul poate să ia în considerare mai ușor alte motivații ale terapeutului său. Pacienții pot, de asemenea, să beneficieze de luxul de a reflecta asupra propriilor stări interne. Pacientul poate să înceapă să-l vadă pe terapeut ca pe cineva care este acolo pentru a ajuta mai degrabă decât pentru a persecuta. În mod similar, când starea de hipervigilență este redusă la pacient, capacitatea terapeutului de a gândi psihoterapeutic este mai puțin susceptibilă să fie erodată. Când terapeutul este într-o poziție defensivă, a se apăra pe sine devine mai important decât să lucreze psihoterapeutic.

Unii pacienți cu TPB nu răspund la ISRS, și Soloff (1998) a dezvoltat câteva încercări de algoritm care-l ghidează pe clinician către alți agenți. Algoritmurile lui Soloff sunt bazate pe grupele de simptome țintă: simptome de dereglare afectivă, simptome comportamentale de tip impulsiv și simptome perceptual-cognitive. Pentru simptomele de dereglare afectivă, când un ISRS nu pare eficient, cineva poate să ia în considerare trecerea la nefazodonă sau la venlafaxină sau la alt ISRS care acționează asupra unor sisteme multiple de neurotransmițători. Dacă mânia este o problemă, un antipsihotic în doză mică poate fi adăugat, iar clonazepamul poate fi folositor dacă anxietatea este o dificultate majoră. Alprazolamul ar trebui evitat, deoarece a fost demonstrat că produce dezinhibiție la pacienții cu TPB, care poate să aibă drept rezultat comportamentul violent sau autodistructiv (Cowdry și Gardner, 1988; Gardner și Cowdry, 1985). Inhibitorii de monoamin-oxidază (IMAO) sau litiul pot fi folosiți ca o ultimă soluție pentru simptomele de dereglare afectivă; totuși ambii au efecte secundare problematice și clinicienii trebuie să cântărească atent riscurile și beneficiile prescrierii lor unei populații cunoscute pentru noncompliață și abuz de medicamente. Aceste strategii medicamentoase sunt rezumate în Tabelul 15–5.

Când simptomele țintă primare ale pacientului borderline sunt în domeniul comportamentului de tip impulsiv, tot un ISRS ar fi agentul de primă linie. În această categorie, în plus de antipsihoticele în doză mică, carbonatul de litiu sau IMAO, clinicianul trebuie de asemenea să ia în considerare carbamazepina și divalproexul, ambii fiind demonstrați prin studii dublu orb și cu subiecți de control tratați cu placebo a

reduce izbucnirile impulsive (Cowdry şi Gardner, 1988; Hollander, 1999). Pentru automutilare şi/sau abuz de alcool, naltrexona poate merita o încercare (vezi Gabbard, 2000).

Dacă simptomele cognitiv-perceptuale, cum ar fi ideaţia paranoidă sau depersonalizarea, sunt deosebit de problematice, s-a dovedit că doze scăzute de antipsihotice convenţionale au ajutat la tratarea gândurilor cvasipsihotice. Deşi majoritatea studiilor randomizate şi controlate din literatură s-au focalizat pe antipsihoticele convenţionale, există dovezi crescânde că unele dintre antipsihoticele atipice, precum olanzapina şi clozapina, pot fi la fel de utile (Bogenschutz şi Nurnberg, 2004; Frankenburg şi Zanarini, 1993; Zanarini şi Frankenburg, 2001; Zanarini et al., 2004). De fapt, într-un studiu recent (Zanarini et al. 2004) combinaţia dintre olanzapină şi fluoxetină era superioară fluoxetinei singure. ISRS pot, de asemenea, să fie folositori pentru unele tulburări cognitive.

Farmacoterapia trebuie, de asemenea, să fie direcţionată agresiv către tulburările de pe Axa I pentru tratamentul adecvat al pacientului borderline. Cei mai mulţi pacienţi cu TPB vor avea o comorbiditate pe Axa I. Tulburarea afectivă este extrem de frecventă la pacienţii cu TPB (Gabbard et al., 2000; Gunderson, 2001). După studierea unui număr de articole asupra comorbidităţii, Gunderson (2001) a estimat că 50% dintre pacienţii cu TPB pe Axa II ar fi diagnosticaţi cu depresie pe Axa I şi 70% ar fi diagnosticaţi cu distimie pe Axa I. Numărul de pacienţi borderline cu tulburare bipolară comorbidă este mult mai mic. Totuşi, din cauza

Tabel 15–5. Strategii medicamentoase pentru simptomele ţintă din tulburarea de personalitate borderline.

Dereglarea afectivă	Comportament impulsiv	Tulburări cognitiv-perceptuale
ISRS	ISRS	Antipsihotice în doză
Antipsihotice în doză	Antipsihotice în doză	mică
mică	mică	ISRS
Clonazepam[a]	Carbonat de litiu	
IMAO[b]	IMAO[b]	
Litiu	Carbamazepină	
	Divalproex	
	Naltrexonă[c]	

Notă. IMAO = inhibitor de monoamin-oxidază; ISRS = inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei.

[a] A nu se folosi alprazolam, deoarece ar putea duce la dezinhibiţie.

[b] IMAO trebuie folosit cu deosebită precauţie din cauza restricţiilor de dietă.

[c] Dacă sunt prezente automutilarea şi/sau abuzul de alcool.

Sursă. Bazat pe Gabbard 2000 şi Soloff, 1998.

labilității afective a TPB, acești pacienți sunt diagnosticați greșit uneori ca având tulburare bipolară II, chiar dacă le lipsesc urcușurile și coborâșurile susținute ale acelei tulburări și dacă frământarea lor internă tinde să fie un răspuns la dezamăgiri interpersonale. Undeva între 25% și 35% dintre pacienții cu TPB abuzează de alcool sau de alte substanțe, și aproximativ 30% pot fi diagnosticați cu tulburare de stres posttraumatic (Gunderson, 2001).

15.4.2 Abordări psihoterapeutice

Cercetări empirice

Ghidul de practică al Asociației Psihiatrice Americane pentru TPB (Oldham et al., 2001) notează că există două psihoterapii validate empiric: terapia psihanalitică/psihodinamică și terapia comportamentală dialectică (TCD). Ambele sunt într-adevăr *abordări* psihoterapeutice care implică ședințe individuale sau de grup plus întâlniri regulate ale terapeuților pentru supervizare/consultație de grup. Deoarece acest tratat este dedicat psihiatriei psihodinamice, focalizarea aici este asupra dovezilor pentru abordarea psihoterapeutică psihodinamică a TPB, care vin în majoritate de la Studiul Unității de zi Halliwick (Bateman și Fonagy, 1999).

Așa cum este notat în Capitolul 6, Bateman și Fonagy (1999) au comparat 38 de pacienți borderline dintr-un program de spitalizare parțială orientat psihanalitic cu cei dintr-un grup de control. Condiția de spitalizare parțială a constat în psihoterapie psihanalitică individuală o dată pe săptămână, psihoterapie de grup de trei ori pe săptămână, terapie expresivă cu folosirea tehnicilor de psihodramă o dată pe săptămână, o întâlnire a comunității pe săptămână, întâlniri regulate cu coordonatorul de caz și revizuirea medicației de către un rezident în psihiatrie. Tratamentul grupului de control a constat în controlul psihiatric regulat în medie de două ori pe lună de către un specialist psihiatru, spitalizarea când a fost apropriată, urmărirea în ambulatoriu și în comunitate, fără psihoterapie și cu o medicație similară cu cea primită de primul grup.

Bateman și Fonagy au constatat o reducere clară a proporției de pacienți care încercaseră să se sinucidă în cele șase luni precedente în grupul tratat prin psihoterapie. Acea proporție a scăzut de la 95% la internare la 5,3% după 18 luni de urmărire. Lungimea medie a spitalizării a crescut dramatic în grupul de control în timpul ultimelor 6 luni ale studiului, pe când în grupul tratat cu psihoterapie a rămas stabilă în jurul a 4 zile în 6 luni. Starea de anxietate raportată de subiecți, precum și cea structurală au scăzut amândouă substanțial în grupul

tratat, dar au rămas neschimbate în grupul de control. Scorurile pentru depresie (măsurate prin Inventarul de Depresie Beck) au scăzut de asemenea semnificativ în grupul tratat, și a existat o scădere semnificativă statistic în severitatea simptomelor măsurată prin Lista-90 de Simptome Revizuită la 18 luni.

Cercetătorii au tras concluzia că, deși ameliorarea simptomelor psihiatrice și reducerea tentativelor de suicid au fost vizibile după 6 luni de tratament, reducerea frecvenței internărilor în spital și a lungimii spitalizării a devenit aparentă doar în timpul ultimelor 6 luni ale studiului, indicând o nevoie pentru tratamentul pe termen lung. După 18 luni de urmărire, grupul tratat nu doar și-a menținut câștigurile, dar a și arătat o ameliorare continuă semnificativă statistic la cele mai multe măsurători doar cu ședințe de terapie de grup de două ori pe săptămână în timpul perioadei de după externare (Bateman și Fonagy, 2001). Grupul de control a dovedit doar o schimbare limitată în timpul aceleiași perioade.

Piatra unghiulară a acestei abordări în psihoterapia individuală și de grup este dezvoltarea mentalizării. Un scop major este stabilizarea identității Sinelui, recunoscând că o lipsă de atașament sigur în copilărie face să fie dificil pentru acești pacienți să vadă că sunt recunoscuți de părinți sau de cei care-i îngrijesc. Când pacienții borderline încep terapia, ei pot să-l atace pe terapeut, dar acest atac va fi văzut ca un gest de speranță — o dorință disperată pentru un nou început și o speranță fierbinte ca terapeutul să se ocupe de aspectele intolerabile ale Sinelui, care îi apar pacientului ca fiind incontrolabile. Relațiile sunt absolut necesare pentru a stabiliza structura Sinelui prin externalizarea „Sinelui străin" în terapeut. În acest sens, Bateman și Fonagy (2004a) au enunțat: „Pacienții borderline au nevoie de relații, se bucură de ele" (p. 41).

Unele tehnici esențiale sunt critice față de această abordare. Terapeuții trebuie să păstreze în propriile lor minți o imagine clară și coerentă asupra rolului lor de terapeut și să mențină o atitudine care să ajute mentalizarea. În această poziție, terapeuții își pot permite să fie atrași în lumea internă a pacientului prin acceptarea a ceea ce este proiectat în ei, dar și prin menținerea unei imagini clare și coerente a propriei lor stări mintale în timp ce observă procesul. Un alt ingredient critic pentru creșterea mentalizării este de a demonstra posibilitatea unor perspective multiple asupra Sinelui pacientului și asupra altora ori de câte ori este posibil. În terapia bazată pe mentalizare, terapeuții încearcă să reprezinte starea resimțită de pacient în acel moment sau imediat înainte împreună cu reprezentările interne care o însoțesc (Bateman și Fonagy, 2004a). Accentul este pus pe relațiile actuale și pe dorințele, credințele și sentimentele pacientului, astfel încât să-l ajute pe acesta să se familiarizeze cu lumea lui internă. Nu se pune accent pe reconstrucția

în transfer, iar distorsiunea de transfer este folosită în primul rând pentru a demonstra perspective alternative între terapeut și pacient. Abordarea transferului este lentă și gradată, bazată pe nivelul de anxietate al pacientului. Se pune mult accentul pe interpretări simple care arată cum crede terapeutul că este văzut de pacient. Bateman și Fonagy văd *procesul* de interpretare ca fiind mai important decât *conținutul* deoarece acesta ajută pacientul să vadă că el există în mintea terapeutului.

Psihoterapia centrată pe transfer (PCT) este o altă formă de terapie psihodinamică care a fost supusă unor studii riguroase (Clarkin et al., 2001, 2004). Acest model se bazează pe conceptualizarea organizării de personalitate de tip borderline a lui Kernberg. Ca și în abordarea lui Bateman și Fonagy, reprezentările mintale sunt văzute ca fiind derivate din internalizarea relațiilor de atașament cu cei care l-au crescut pe pacient și care sunt repetate cu terapeutul. Componente-cheie ale modelului implică difuzia identității; probleme cu afectele negative, mai ales cu ostilitatea și agresivitatea; și o autoreglare slabă manifestată în comportamente impulsive. Tehnica se bazează în principal pe clarificare, confruntare și interpretare în interiorul relației de transfer care se dezvoltă între pacient și terapeut. Ședințele individuale de terapie au loc doar de două ori pe săptămână și au o schemă de tratament structurată mai strâns, bazată pe un contract inițial și priorități clare ale tratamentului. În contrast cu terapia bazată pe mentalizare, există o centrare timpurie asupra transferului, mai ales asupra transferului negativ. De asemenea, terapia de grup nu este parte a abordării psihoterapeutice așa cum este în modelul Unității de zi Halliwick. Medicația se prescrie în funcție de nevoile pacientului. Supervizarea de grup săptămânală este parte a abordării exact așa cum este în terapia bazată pe mentalizare.

Un studiu preliminar (Clarkin et al. 2001) care a folosit 23 de paciente borderline ca fiind propriii lor subiecți de control a făcut evaluări la începutul și la sfârșitul a 12 luni de tratament. În comparație cu anul anterior tratamentului, numărul de paciente care au avut tentative de suicid a scăzut semnificativ, așa cum au scăzut și riscul medical și severitatea afecțiunii după comportamentul autodistructiv. În comparație cu anul dinainte de cele 12 luni de tratament, pacientele au avut semnificativ mai puține spitalizări ca număr și ca zile de spitalizare la psihiatrie.

Mai recent, PCT a fost comparată cu terapia suportivă și cu TCD într-un studiu randomizat și controlat care a implicat cele trei tratamente. Nouăzeci de pacienți cu TPB au fost supuși prin randomizare unuia dintre cele trei tratamente (Clarkin et al., 2004). Descoperirile preliminare sugerează că toate cele trei grupuri au arătat semne similare de ameliorare, dar că pacienții tratați cu PCT au arătat o mai mare

creştere a mentalizării aşa cum a fost măsurată prin funcţionarea reflectivă (Levy, 2004).

Considerate împreună, aceste studii ilustrează că deşi nu există nici o „reparare rapidă" pentru TPB, acei pacienţi care rămân în terapia dinamică o perioadă substanţială de timp pot să prezinte o ameliorare semnificativă. Mai mult decât atât, aceste studii demonstrează, de asemenea, că suportul financiar pentru psihoterapia săptămânală pe o perioadă extinsă de timp se poate dovedi eficient drept cost pe termen lung. Pacienţii borderline, prin natura lor, caută tratament, şi dacă li se refuză accesul la psihoterapie, ei vor determina costuri crescute prin prezentarea la serviciile de urgenţă cu supradoze care necesită terapie intensivă sau spitalizare la psihiatrie, prin consultaţii la alţi medici specialişti şi prin creşterea unor aşa-zise costuri indirecte din cauza incapacităţii de muncă pe o perioadă extinsă (Gabbard, 1997). Bateman şi Fonagy (2003) au examinat costurile de utilizare a serviciilor de sănătate pentru pacienţii borderline trataţi în programul Unităţii de zi Halliwick şi le-au comparat cu cele ale pacienţilor aflaţi în îngrijire psihiatrică generală. Ei au găsit costurile spitalizării parţiale orientate psihanalitic ca fiind compensate de mai puţine spitalizări psihiatrice şi de tratamentul redus în secţiile de urgenţă. După externare, costul mediu anual monitorizat al îngrijirilor de sănătate pentru grupul tratat a fost de o cincime din cel pentru grupul aflat în îngrijire psihiatrică generală.

Deşi studiul lui Linehan şi al colegilor săi (1991) care a demonstrat eficacitatea TCD pentru pacienţii borderline nu era un studiu de psihoterapie dinamică, este interesant că se pot trage concluzii similare din acea abordare. După ce au fost trataţi cu terapie individuală o dată pe săptămână şi terapie de grup o dată pe săptămână timp de un an, s-a constatat că pacienţii din acest studiu şi-au redus zilele lor de spitalizare psihiatrică la o medie de 8,46 pe an, pe când cei din grupul de control care au primit „tratament ca de obicei" au avut o medie de 38,86 de zile de spitalizare pe an. Chiar când a fost inclus costul şedinţelor de terapie individuală şi de grup, cercetătorii au calculat că TCD a economisit anual 10.000 de dolari pe pacient (Heard, 1994).

Această trecere scurtă în revistă a cercetărilor empirice asupra psihoterapiei dinamice pe termen lung a pacienţilor borderline sugerează că tratamentul este valoros, atât din punctul de vedere al ameliorărilor substanţiale apărute în urma terapiei, cât şi din punctul de vedere al raportului cost–eficienţă. Poate că situaţia cea mai rea pentru pacienţii borderline în psihoterapie este situaţia frecventă de organizare a tratamentului în care pacienţii nu ştiu de la săptămână la săptămână dacă psihoterapia lor va fi prelungită. Pacienţilor care sunt extrem de anxioşi faţă de posibilitatea abandonului, precaritatea acestui aranjament le induce o anxietate de separare covârşitoare,

bazată pe teama că ei ar putea fi rupți de terapeutul lor în orice moment.

Abordări expresive versus abordări suportive

Deși terapia psihodinamică individuală pentru pacienții cu TPB poate fi extrem de folositoare, practic toți clinicienii vor fi de acord că aceasta este extraordinar de provocatoare și de solicitantă emoțional pentru terapeut. Clinicienii care doresc să se angajeze într-o psihoterapie intensivă cu pacienții borderline trebuie ori să fie experimentați, ori să fie supervizați de colegi experți. Chiar cei cu o experiență considerabilă trebuie să se consulte regulat cu un terapeut respectat și care are multe cunoștințe pentru a se asigura că punctele oarbe din contratransfer nu au dat naștere unor dificultăți neașteptate.

Deși clinicienii sunt frecvent în dezacord în legătură cu răspunsul la întrebarea dacă psihoterapia ar trebui să fie orientată predominant spre capătul expresiv sau suportiv al continuum-ului expresiv-suportiv, ei sunt de acord că acești pacienți sunt susceptibili să părăsească psihoterapia, să treacă la act în mod autodistructiv, să formuleze cereri neobișnuite pentru un tratament special din partea terapeuților lor, să provoace terapeuții la transgresări prost sfătuite ale limitelor profesionale și să-i chinuie cu telefoane neobosite la toate orele din zi și din noapte. O problemă majoră în psihoterapia indivizilor borderline este natura precară a alianței terapeutice (Adler, 1979; Gabbard et al., 1988; Gorney, 1979; Horwitz et al., 1996; Kernberg, 1976; Masterson, 1976; Modell, 1976; Zetzel, 1971). Acești pacienți au o mare dificultate în a-și vedea terapeutul ca pe o figură care ajută și care lucrează în colaborare cu ei în direcția unor scopuri recunoscute mutual.

În Proiectul McLean asupra angajării în psihoterapie a pacienților borderline (vezi Franck, 1992), 60% dintre primii 60 de pacienți studiați și-au întrerupt terapia în decursul a 6 luni. Evaluările motivelor pentru această proporție de abandon substanțială au sugerat că mai mult de 77% au avut greutăți să dezvolte o alianță cu terapeuții lor. După 6 luni de tratament, alianțele terapeutice solide încă erau neobișnuite, chiar printre pacienții care au continuat terapia.

Mult din controversele din literatură cu privire la valoarea relativă a intervențiilor expresive versus suportive se desfășoară în jurul întrebării cu privire la care abordare este mai susceptibilă să stimuleze dezvoltarea și menținerea alianței terapeutice. Fără o alianță terapeutică rudimentară, terapeutul poate să nu aibă pacient.

Această controversă în legătură cu meritele relative ale intervențiilor expresive și suportive se reflectă în descoperirile contradictorii ale Proiectului de cercetare în psihoterapie al Fundației Menninger. Studiul

cantitativ al proiectului (Kernberg et al., 1972) a arătat că pacienții borderline tratați de psihoterapeuți pricepuți care s-au centrat intenționat pe transfer au avut o evoluție semnificativ mai bună decât aceea a celor tratați de terapeuți pricepuți care s-au centrat mai puțin pe transfer. În contrast cu aceasta, studiul predictiv al proiectului (Horwitz, 1974), folosind evaluări atât cantitative, cât și calitative ale procesului, de tratament, a sugerat că o serie de pacienți, dintre care unii erau borderline și erau tratați prin metode predominant suportive, au avut câștiguri mai mari în tratament suportiv decât era anticipat. Așa cum este descris în Capitolul 4, examinarea datelor din acest proiect făcută de Wallerstein (1986) a sugerat că toate tratamentele se caracterizau printr-un amestec de intervenții expresive și suportive. Aceste descoperiri aparent contradictorii în ceea ce privește centrarea pe transfer au rămas nerezolvate, în parte deoarece concepția originară a studiului avea câteva deficiențe relevante pentru această problemă: 1) categoria diagnostică specifică de TPB nu a fost folosită; 2) nu s-a efectuat un studiu de proces detaliat, astfel încât dezvoltările esențiale ale tratamentului au putut fi doar aproximate în mare la sfârșitul tratamentului și 3) alianța terapeutică nu era una dintre variabilele proiectului. Retrospectiv totuși, studiul de predicție a găsit alianța terapeutică folositoare în conceptualizarea rezultatelor (Horwitz, 1974).

Mult din controversa actuală care înconjoară psihoterapia cu pacienții borderline poate fi înțeleasă ca un alt exemplu nefericit al abordării „fie/fie" pentru aplicarea teoriei la practica clinică, discutată pe larg în Capitolul I. Ambele abordări sunt utile pentru *unii* pacienți în *anumite* puncte ale tratamentului (Gabbard et al., 1994; Horwitz et al., 1996). Avem de-a face cu un spectru de pacienți foarte eterogeni care necesită abordări psihoterapeutice concepute individual (Meissner, 1988). În mare parte, aceleași indicații pentru accentul expresiv sau suportiv (vezi Tabelul 4–1 în Capitolul 4) care ghidează munca clinicianului cu alte categorii diagnostice se aplică și psihoterapiei cu pacienții borderline.

Din cauza acestor temeri, Proiectul de intervenții terapeutice al Clinicii Menninger a studiat procesul detaliat al ședințelor reprezentative pentru trei cazuri de terapie dinamică pe termen lung a unor pacienți borderline la Clinica Menninger (Gabbard et al., 1988; 1994; Horwitz et al., 1996). Toate ședințele celor trei procese psihoterapeutice au fost înregistrate și două grupe de investigatori au lucrat pe transcrierile dactilografiate ale unor ore de psihoterapie selectate prin randomizare. O echipă de trei cercetători clinicieni au cotat intervențiile pe baza gradului lor de expresivitate sau de suportivitate. Așa cum este descris în Capitolul 4, intervențiile au fost cotate, de la capătul expresiv la cel suportiv al continuum-ului, după cum urmează: interpretare, confruntare, clarificare, încurajare de a elabora, validare empatică, sfat și laudă,

și afirmare. Fiecare dintre aceste șapte intervenții a fost, de asemenea, clasificată ca având o centrare fie pe problemele de transfer, fie pe cele de contratransfer. O echipă separată formată din trei judecători clinicieni a evaluat colaborarea pacientului cu terapeutul ca o măsură a alianței terapeutice. Judecătorii au fost interesați în primul rând să detecteze schimbările în sus și în jos în colaborarea pacientului, așa cum sunt măsurate de faptul că pacientul aduce în terapie un conținut semnificativ sau dacă folosește productiv contribuțiile terapeutului. Am fost deosebit de interesați să determinăm dacă schimbările pot fi corelate cu intervențiile terapeutului.

Una dintre concluziile la care am ajuns a fost că interpretările de transfer sunt o intervenție de tip „risc mare, câștig mare" în psihoterapia dinamică a pacienților borderline. Ele tind să aibă un impact mai mare — atât pozitiv, cât și negativ — față de alte intervenții în terapia cu acești pacienți. Pe când în unele cazuri ele au avut drept rezultat o ameliorare substanțială a abilității pacientului de a colabora cu terapeutul, în altele, ele au dus la o deteriorare marcată a acelei colaborări.

În eforturile noastre de a determina care interpretări de transfer cresc colaborarea și care au avut drept rezultat deteriorarea alianței terapeutice, am găsit câțiva factori-cheie în acțiune. Mai întâi, a pava calea pentru interpretările de transfer cu aprecierea afirmativă a experienței interne a pacientului poate fi de o importanță crucială. Chirurgii au nevoie de anestezic înainte de a putea să opereze. Psihoterapeutul are nevoie să creeze un mediu conținător prin validarea empatică a experienței pacientului înainte de a oferi o interpretare a dinamicii inconștiente. Abordările expresive și suportive sunt frecvent polarizate artificial, când de fapt cele două lucrează în sinergie în cele mai multe situații psihoterapeutice.

Într-un studiu al unor pacienți borderline care au întrerupt psihoterapia prematur, Gunderson et al. (1898) au găsit că mai mult de jumătate dintre cei care au abandonat au plecat mânioși după o confruntare timpurie făcută de terapeut. Aceste descoperiri i-au făcut pe Gunderson și pe colegii săi să susțină folosirea unor tehnici mai suportive pentru a construi alianța în primii timpi ai terapiei. Ei au subliniat și importanța recunoașterii realității traumei timpurii sub forma abuzului în copilărie la mulți dintre acești pacienți (Gunderson și Chu, 1993; Gunderson și Sabo, 1993). Au observat că terapeuții pot fi în stare să construiască o alianță terapeutică mai puternică prin validarea și recunoașterea efectelor traumei timpurii asupra capacității pacientului de a forma relații de încredere la vârsta adultă.

Tendința de a forța interpretările de transfer asupra unor pacienți nepregătiți care sunt orientați către externalizare și acțiune mai degrabă decât către reflecție poate să rezulte din înclinația multor analiști și terapeuți dinamici către strategii expresive mai degrabă decât suportive.

Gunderson (1992) a reflectat obiectiv asupra propriei sale tendințe de a împinge pacienții să se angajeze în lucrul asupra transferului, în timp ce recunoștea insuficient că funcționarea lor în afara terapiei se ameliorase foarte mult. A recunoscut că ocazional a făcut greșeala să se preocupe de eșecul pacientului de a colabora în autoobservație mai degrabă decât să sprijine activ ameliorarea substanțială în funcționare a acestuia.

Deși abordarea terapeutică variază în funcție de nevoile pacientului, câteva principii tehnice se aplică destul de larg la majoritatea pacienților cu diagnosticul de borderline.

A menține flexibilitatea. O atitudine terapeutică flexibilă este necesară pentru tratamentul optim al pacienților cu TPB. Drept regulă generală, pacienții borderline cu funcționare înaltă, cu o forță a Eului mai mare și cu un grad mai mare de gândire orientată psihologic vor fi mai degrabă în stare să folosească psihoterapia orientată expresiv decât cei mai aproape de limita psihotică și care vor necesita un accent suportiv. Cei mai mulți vor avea nevoie de o atitudine flexibilă din partea terapeutului, cu schimbări între intervențiile interpretative și noninterpretative direcționate către starea relației pacientului cu terapeutul la un moment dat. Nici o teorie nu poate izola probabil terapeutul de afectele emoționale tumultuoase resimțite de ambii parteneri ai diadei. Cei mai mulți terapeuți se trezesc folosind o abordare pe încercate, până când pot determina clar care intervenții sunt mai eficiente cu un anumit pacient.

Din cauza unor temeri bine fondate în legătură cu posibilitatea de a transgresa limitele cu pacienții borderline (Gabbard, 2003; Gabbard și Wilkinson, 1994; Gutheil, 1989), terapeutul începător poate să ia o poziție reținută care poate fi resimțită de pacient drept îndepărtată și rece. Pacientul poate atunci să părăsească terapia din cauza lipsei aparente de răspuns din partea terapeutului. Terapeutul trebuie să facă eforturi pentru o spontaneitate disciplinată în care sunt menținute atitudinea și limitele profesionale — dar în contextul unei interacțiuni umane recunoscute care implică două persoane ce se luptă să se cunoască una pe cealaltă. Este util să ne gândim la dimensiunea de caracter a pacientului borderline ca implicând o încercare continuă de a actualiza unele modele de relații interne de obiect într-o relație curentă (Gabbard, 1998; Sandler, 1981). Prin comportamentul său, pacientul încearcă în mod subtil să le impună altora un anumit fel de a răspunde și de a simți. Terapeuții trebuie să-și permită suficientă flexibilitate pentru a răspunde spontan la forma de relație de obiect care le este impusă. Cu alte cuvinte, terapeutul se alătură unui „dans" bazat pe muzica specifică din interiorul pacientului, care aduce o bogăție de informații despre dificultățile caracteristice ale pacientului în relațiile

interumane din afara situației transferențiale și contratransferențiale. Acest răspuns trebuie să fie, desigur, atenuat și parțial, iar terapeutul trebuie să încerce să mențină o atitudine reflexivă în ceea ce privește „dansul".

A stabili condiții care fac psihoterapia viabilă. Din cauza naturii haotice a vieții pacientului borderline, stabilitatea trebuie impusă din surse exterioare devreme în cursul procesului. În consultațiile din preterapie și pe parcursul evoluției terapiei, psihoterapeutul trebuie să stabilească și să restabilească ce implică terapia și cum diferă de alte relații. Printre subiectele care ar trebui acoperite, sunt expectațiile clare despre plata ședințelor, orele constante de programare, nevoia de a opri ședințele la timp chiar dacă pacientul poate dori să stea mai mult și o politică explicită în legătură cu consecințele ședințelor la care pacientul lipsește. În plus, cu un pacient borderline suicidar, terapeutul poate să dorească să stabilească clar că, în situația de risc suicidar acut, este imposibil pentru terapeut să-l împiedice pe pacient să acționeze conform impulsurilor sale, și că poate fi necesară spitalizarea. La un pacient care abuzează de substanță, terapeutul poate avea nevoie să insiste ca pacientul să participe la ședințele Narcoticilor Anonimi sau Alcoolicilor Anonimi ca o condiție a tratamentului. Când medicația este evident indicată, se poate ca terapeutul să aibă nevoie să arate clar că voința pacientului de a încerca tratamentul medicamentos este o componentă esențială a planului de tratament global. Pe lângă stabilirea condițiilor care vor face viabilă psihoterapia, terapeutul îi comunică pacientului și limitele sale proprii. Această comunicare este frecvent nepotrivită cu așteptările pacientului ca terapeutul să fie un salvator omnipotent. Drept urmare, acest dialog duce direct la o discuție despre ceea este și nu este terapia.

În faza consultațiilor din preterapie, abordarea psihoterapiei centrate pe transfer este de a stabili un „contract" cu pacientul (Clarkin et al., 2001; Kernberg et al., 1989). Ca parte a stabilirii acestui contract, terapeutul arată clar că nu ține de rolul psihoterapeutului să se implice în acțiunile din viața pacientului în afara ședințelor. Drept urmare, terapeutul nu se așteaptă să primească telefoane între ședințe și arată clar că disponibilitatea sa este destul de limitată. Totuși această abordare poate interfera cu dezvoltarea unui atașament stabil față de terapeut, mai ales dacă condițiile „contractului" par imposibile pentru pacient. Cum a arătat Gunderson (1996, 2001), pacientul poate avea reacții recurente de panică din cauza memoriei de evocare slab dezvoltate și poate să aibă nevoie să-l sune periodic pe terapeut pentru a dezvolta o reprezentare stabilă care să poată fi internalizată. Gunderson a sugerat că terapeutul trebuie să discute disponibilitatea sa dintre ședințe doar *după* ce pacientul inițiază o discuție despre aceasta. El a sugerat, și eu

sunt de acord, ca pacienților să li se spună că terapeutul dorește să fie contactat în caz de urgență. Această posibilitate evită un început al procesului pe poziții adverse și-l face frecvent pe pacient să se simtă înțeles și „susținut" în sensul de care vorbește Winnicott. Dacă apar telefoane între ședințe, Gunderson a recomandat ca telefoanele să se afle în centrul explorării în munca terapeutică. Pe măsură ce terapeutul ajunge să recunoască frica de singurătate a pacientului și înțelesul său legat de procesul de dezvoltare, poate fi facilitată dezvoltarea de către pacient a unor introiecte liniștitoare și cu capacitate de conținere — așa cum le-a descris Adler. Dacă telefoanele devin excesive, pot fi impuse limite clare, în timp ce sunt și explorate înțelesul și semnificația contactelor dintre ședințe.

A permite transformarea în obiectul rău. Una dintre provocările cele mai dificile în psihoterapia pacienților borderline este de a tolera și de a conține mânia intensă, agresivitatea și ura pacientului. Terapeuții se simt frecvent acuzați în mod fals, și o voce interioară vrea să-l întrebe pe pacient: „Cum este posibil să mă acuzi că sunt inutil când încerc din greu să te ajut?". Este de ajutor să ne amintim că acești pacienți au internalizat un introiect detestat și posibil abuziv pe care încearcă cu disperare să-l externalizeze prin identificare proiectivă în dimensiunile transferențiale și contratransferențiale ale diadei. Pacienții borderline caută „un obiect suficient de rău" (Rosen, 1993). Într-un fel paradoxal, pacienții găsesc că este previzibil, familiar și chiar liniștitor să recreeze cu terapeutul o relație de obiect internă sado-masochistă din copilărie. Când terapeutul rezistă la această transformare, pacienții pot să fie nevoiți să amplifice provocarea și să încerce încă și mai mult să transforme terapeutul (Fonagy, 1998). Bateman și Fonagy (2004a, 2004b) ar descrie această transformare ca o acceptare a nevoii pacientului de a externaliza „Sinele străin".

Terapeuții care se apără împotriva agresivității crescânde din interiorul lor pot să depună eforturi pentru a fi din ce în ce mai sfinți ca răspuns la atacurile verbale ale pacienților. Ei pot, de asemenea, să facă interpretări de transfer care încearcă să-l forțeze pe pacient să-și ia înapoi ostilitatea mai degrabă decât s-o proiecteze în terapeut. Alternativ, terapeutul poate să se retragă subtil din investirea emoțională în pacient, sperând conștient sau inconștient că pacientul va părăsi terapia și va găsi pe altcineva pe care să-l chinuie. O altă alternativă, mai neașteptată, este ca terapeutul să înceapă să facă comentarii ostile sau sarcastice sau chiar să explodeze de mânie în fața pacientului. A permite transformarea în obiectul rău nu înseamnă că terapeutul își pierde orice sens al cadrului profesional. Aceasta cere mai degrabă ca terapeutul să funcționeze ca un container care acceptă proiecțiile și încearcă să le înțeleagă și să le păstreze pentru pacient până când acesta este din nou

în stare să țină pentru sine aceste aspecte proiectate, așa cum este descrisă în Capitolul 14 abordarea pacienților paranoizi. Așa cum am descris în altă parte (Gabbard și Wilkinson, 1994), „starea de spirit optimă pentru terapeuți este când ei își pot permite să fie «supți» în lumea pacientului în timp ce își păstrează abilitatea de a o observa în acțiune în fața ochilor lor. Într-o asemenea stare, terapeuții își gândesc cu adevărat propriile gânduri, chiar când sunt într-o anumită măsură sub influența pacientului" (p. 82).

Multe cazuri de management prost al amenințărilor cu suicidul sunt corelate cu o dorință contratransferențială a terapeutului de a evita să fie obiectul rău (Gabbard, 2003). Pacienții borderline îi sugerează frecvent terapeutului că ei vor fi conduși la suicid din cauza insuficiențelor terapeutului (Maltsberger, 1999). Aceste acuzații alimentează dubiile terapeuților și activează propria lor anxietate de abandon, astfel încât terapeuții aflați în această situație pot încerca să-și demonstreze grija prin măsuri eroice pentru a căuta să-l salveze pe pacient, un răspuns contratransferențial la care m-am referit ca la „dezidentificarea cu agresorul" (Gabbard, 2003). Rezultatul poate fi ca pacientul să exercite un control omnipotent asupra terapeutului — ceea ce Maltsberger (1999) a numit *sclavia sub coerciție*. În acest scenariu, terapeutul își asumă toată răspunderea pentru supraviețuirea pacientului, în loc să-i permită acestuia să accepte cea mai mare parte a responsabilității pentru propria sa viață sau moarte, ceea ce este imperativ dacă intenția este ca el să fie mai bine în final.

A promova mentalizarea. Una dintre provocările cele mai mari în psihoterapia cu pacienții borderline este de a avea de-a face cu percepțiile de transfer care sunt încuiate într-un mod de echivalență psihică în care pacienții își văd percepțiile lor asupra realității ca absolute mai degrabă decât ca pe una dintre mai multe posibilități bazate pe factori interni.

O pacientă de 28 de ani era în terapie de 6 luni, când un eveniment aparent minor într-o ședință de terapie a declanșat o reacție majoră. Când mai erau cinci minute din ședință, ea a început să vorbească despre vizita făcută familiei sale în timpul sărbătorilor de ziua Recunoștinței. Ea a spus că s-a simțit neimportantă pentru tatăl ei, deoarece el a părut mult mai interesat de activitățile fratelui ei decât de ale ei. În timpul acestei discuții, terapeutul s-a uitat la ceasul de pe perete, știind că timpul era pe sfârșite și vrând să vadă dacă mai avea timp să facă o observație despre presupunerea ei în ceea ce privește sentimentele tatălui față de ea. Pacienta s-a oprit și a privit în jos. Terapeutul a întrebat ce nu era în regulă. După câteva momente de tăcere, ea a izbucnit în lacrimi și a spus: „Nu puteți să așteptați ca eu să ies din birou! Îmi pare rău dacă vă plictisesc! Știam eu de mult că nu mă puteți suferi și faceți aceasta doar pentru bani. O să plec acum dacă așa vreți".

Terapeutul a fost luat prin surprindere și a replicat, oarecum defensiv, că el monitoriza timpul doar pentru că voia să fie sigur că avea timp să spună ceva înainte ca ședința să se termine. Pacienta a replicat spunând: „Frumoasă încercare de a ieși din asta. Credeți că am să vă cred?". Terapeutul, accentuându-și poziția defensivă, a enunțat cu forță: „Credeți sau nu credeți, acesta-i adevărul". Pacienta a fost inflexibilă: „Am văzut ceea ce am văzut". Și-a pus mâna ferm pe masa de lemn de lângă scaunul ei și a ridicat tonul: „Este ca și cum mi-ați spune că masa aceasta nu este din lemn!". Simțindu-se la fel de neînțeles ca și pacienta, terapeutul a continuat: „Tot ceea ce spun este aceasta: este posibil ca eu să mă fi uitat la ceas pentru alte motive decât cele pe care mi le atribuiți. Exact așa cum faceți presupunerile despre tatăl dumneavoastră". Pacienta a devenit și mai insistentă ca reacție la eforturile terapeutului de a-i oferi alte posibilități: „Acum încercați să spuneți că nu am văzut ceea ce am văzut! Ați putea cel puțin să admiteți asta!".

În această vinietă, psihoterapeutul se luptă să trateze convingerea aproape delirantă a acestei paciente conform căreia percepția ei este o reflectare directă a realității mai degrabă decât o reprezentare a realității bazată pe sentimente, credințe interne și experiențe trecute. Acest eșec în a mentaliza, caracterizat prin modul de echivalență psihică, poate să facă extrem de dificil să lucrăm cu problemele de transfer. Pacienții aflați în acest mod de funcționare sunt convinși că viziunea lor asupra terapeutului este „corectă", deoarece sunt incapabili să se „joace" în transfer; ei nu sunt în stare să intre în modul „ca și cum" și să reflecteze asupra lumii lor interne și a altora.

În această vinietă, pacienta se simte terorizată și nu mai poate gândi sau reflecta din cauza retrăirii unor relații de obiect interne din trecut bazate pe traumă. Observați, de asemenea, cum intensitatea acuzației pacientei erodează capacitatea terapeutului de a gândi, astfel încât el își accentuează poziția defensivă până la punctul în care a devenit efectiv o versiune a obiectului persecutor de care ea se temea. Acest proces de identificare proiectivă, în care terapeutul este obligat să joace un rol în drama internă a pacientei, poate să-i determine pe terapeuți să-și piardă temporar propria capacitate de mentalizare sub presiunea exercitată de pacient (Gabbard, sub tipar). Cu alte cuvinte, terapeutul insista că doar propria sa versiune asupra realității era validă. Pacienții borderline pot astfel coloniza mintea terapeuților ca o modalitate de a extrage și a controla pericolul perceput din interior. Terapeutul a devenit în mod clar obiectul rău persecutor.

Convingerea aproape delirantă a pacientului poate să-i facă pe terapeuți să se îndoiască de ei înșiși. A promova mentalizarea în asemenea condiții poate fi extraordinar de provocator. Așa cum am descris mai înainte, interpretarea înțelesului punerilor în act poate fi prematură pentru pacienții care nu sunt în stare să mentalizeze. Poate

fi mult mai util să ajutăm asemenea pacienți să elaboreze asupra stării emoționale care ar fi putut să declanșeze punerea în act (Fonagy, 1998). De exemplu, o pacientă a venit la terapie spunând că mâncase impulsiv 10 dulciuri în seara precedentă. Terapeutul i-a cerut să elaboreze asupra a ceea ce i-a declanșat criza de supraalimentare. Deși a spus inițial că nu știe, pe măsură ce terapeutul a continuat să o preseze ușor în direcția unor posibili factori precipitanți și a unor stări emoționale, pacienta și-a amintit totuși că un bărbat pe care-l cunoscuse îi telefonase pentru a o invita la o întâlnire. A spus apoi că dacă ar fi ieșit să ia masa cu el, el s-ar fi uitat fără îndoială la ea ca la un „porc gras" și n-ar mai fi invitat-o niciodată. Astfel încât a închis telefonul și s-a dus la magazin să cumpere dulciuri. Prin această încurajare de a înțelege starea emoțională care a precipitat punerea în act, terapeutul a ajutat-o și să stabilească o conexiune între sentimente și acțiuni. Cu alte cuvinte, criza nu a apărut din senin. Mai degrabă, a apărut din sentimente de autoaversiune și anxietate legate de invitația la cină din partea bărbatului pe care-l întâlnise.

O altă cale de a promova mentalizarea este de a observa schimbările sentimentelor pacientului de la o clipă la alta, astfel încât pacientul să poată eventual internaliza observațiile terapeutului asupra stării lui interne. În plus, este util să încurajăm fantasmele pacientului despre starea internă a terapeutului (adică, în sensul cel mai larg, contratransferul terapeutului). Drept urmare, Gunderson (1996) a sugerat că atunci când este sunat în mijlocul nopții, terapeutul poate să exploreze fantasma pacientului în ședința următoare întrebând: „Cum te-ai gândit că m-aș simți eu în legătură cu telefonul tău?". O altă tehnică pentru a încuraja mai multă reflecție este de a ajuta pacientul să gândească despre consecințele comportamentelor autodistructive (Waldinger, 1987). Multe dintre comportamentele autodistructive ale pacienților borderline sunt puse în act în urgența momentului fără a lua în considerare consecințele eventuale ale acestor acte. Prin întrebări repetate în legătură cu consecințele adverse potențiale ale unor asemenea comportamente, terapeutul poate să le facă mai puțin aducătoare de gratificații pentru pacient.

A pune limite când este necesar. Mulți pacienți borderline resimt limitele profesionale obișnuite ca reprezentând o deprivare crudă și cu scop de pedeapsă din partea terapeutului. Ei pot să ceară demonstrații mai concrete de grijă, cum ar fi îmbrățișări, ședințe extinse, scăderi ale prețului și disponibilitate permanentă (Gabbard și Wilkinson, 1994). Unii terapeuți care au sentimente de vinovăție în ceea ce privește punerea de limite pot începe să depășească limitele profesionale cu pacienții borderline în numele flexibilității sau al prevenirii suicidului (Gabbard, 1989c; Gutheil, 1989). De exemplu, un terapeut a început să

vadă o pacientă de două ori pe săptămână pentru psihoterapie, dar, într-un an, a ajuns să o vadă de șapte ori pe săptămână. Duminica, el făcea un drum special la birou doar pentru a o vedea pe această pacientă. Când un consultant a pus sub semnul întrebării comportamentul său, terapeutul l-a apărat ca fiind necesar pentru a împiedica pacienta să se sinucidă. El a recunoscut și că i-a permis pacientei să stea pe picioarele lui în timpul ședințelor, justificându-și comportamentul ca pe o cale de a-i procura pacientei grija maternă de care nu avusese parte în copilărie. O pacientă a insistat că doar un orgasm indus de terapeutul său ar putea duce la ameliorarea stării ei. Ea a amenințat că se va sinucide dacă terapeutul nu va fi compliant. După ce doi terapeuți diferiți i-au satisfăcut cererile, ea s-a sinucis oricum — expresiile lor greșite de „grijă" au eșuat fie în a se adresa problemelor ei de bază, fie în a-i ușura durerea emoțională (Eyman și Gabbard, 1991). Dinamica transferului erotic și erotizat este discutată mai complet în Capitolul 18, dar sfârșitul tragic al acestei paciente subliniază inutilitatea încercării de a gratifica cererile pacienților. Cu cât gratificarea primită de pacienții borderline este mai greșită, cu atât ei devin mai insațiabili.

Pe de altă parte, terapeutul nu poate menține distanța emoțională și o lipsă de reacție totală la cererile emoționale ale pacientului. Un ghid util este distincția făcută de Casement (1985) între „cereri libidinale" și „cereri legate de nevoi de creștere". Primele nu pot fi gratificate fără să pună serios în primejdie tratamentul și fără comiterea unor compromisuri etice serioase. Ultimele nu pot fi frustrate fără a se împiedica creșterea. Deși constanța este parte din crearea unui mediu conținător pentru pacient, răspunsul empatic la nevoile în schimbare ale pacientului este, de asemenea, un factor critic în menținerea alianței terapeutice.

Mare parte din greutate constă în sentimentul terapeutului de a fi crud și sadic când întărește limitele rezonabile impuse punerilor în act ale pacientului. Paradoxal totuși, mulți pacienți care cer o mai mare libertate se simt mai rău când aceasta le este acordată. Într-un studiu colateral al Proiectului de cercetare în psihoterapie al Fundației Menninger, Colson et al. (1985) au examinat cazurile cu evoluție negativă. Un numitor comun a fost eșecul terapeutului de a pune limite comportamentelor de acting out. În schimb, terapeutul doar continua să interpreteze motivațiile inconștiente pentru acting out în timp ce starea pacientului se deteriora.

Într-un rezumat succint al grupului de comportamente care necesită punerea de limite, Waldinger (1987) le-a identificat pe cele care amenință siguranța terapeutului sau a pacientului și pe cele care pun în primejdie psihoterapia însăși. Suicidul este un risc omniprezent cu pacienții borderline, și terapeuții trebuie să fie pregătiți să-și spitalizeze pacienții când aceste impulsuri devin copleșitoare. Terapeuții sunt frecvent puși în poziția imposibil de susținut de a încerca eroic să trateze

pacienți letali prin păstrarea permanentă a contactului cu ei. Un terapeut a sfârșit prin a-i vorbi la telefon unei paciente borderline timp de o oră în fiecare noapte pentru a o împiedica să se sinucidă.

A stabili și a menține o alianță terapeutică. Așa cum am descris mai devreme în acest capitol, alianța terapeutică este o construcție alunecoasă în psihoterapia pacienților borderline. Din cauza relațiilor de obiect interne haotice ale pacientului, este probabil ca terapeutul să se transforme fie într-un adversar, fie într-un salvator idealizat în tot cursul tratamentului. Este util pentru terapeut să-l aducă pe pacient înapoi la scopurile psihoterapiei stabilite în comun atunci când procesul devine deosebit de dificil. Un mesaj repetat pacientului trebuie să fie acela că terapia nu e obligatorie. Este un proces ales de pacient pentru a lucra asupra unor scopuri specifice care provoacă suferință. Pacienții uită frecvent de acele scopuri, și recapitularea lor îi ajută să-și amintească că terapeutul este un aliat care lucrează în colaborare cu ei.

A se ocupa de clivajul dintre psihoterapie și farmacoterapie. Așa cum am subliniat în Capitolul 5, farmacoterapia necesită aceeași înțelegere psihodinamică precum psihoterapia. Dacă același psihiatru se ocupă atât de farmacoterapie, cât și de psihoterapie pentru un pacient borderline, acel clinician trebuie să evite clivajul medicației ca o problemă administrativă care nu necesită explorare. Aceleași teme psihodinamice — transferul, contratransferul și rezistența — care se aplică psihoterapiei se aplică și actului de a prescrie. Într-un studiu asupra unor terapeuți dinamici care erau foarte experimentați în tratarea pacienților borderline (Waldinger și Frank, 1989), cei investigați au indicat că ei erau mai susceptibili să prescrie medicamente atunci când se simțeau pesimiști în legătură cu abilitatea unui anumit pacient de a lucra în psihoterapie. Ei au raportat și că aproape jumătate dintre pacienții lor au folosit greșit medicamentele prescrise. Acest abuz era în strânsă legătură cu teme de transfer, și investigatorii au sugerat că terapeuții ar trebui să exploreze activ fantasmele pacientului în legătură cu medicația pentru a preveni erorile. Poate să existe un transfer idealizant pe medicație, considerată un panaceu care va rezolva toate problemele pacientului. Medicația poate, de asemenea, să fie percepută ca un mijloc prin care terapeutul speră să preia controlul asupra vieții pacientului. Terapeuții care le prescriu medicamente pacienților lor trebuie să-i ajute să înțeleagă că scopurile sunt modeste — și anume să modifice simptomele afective, impulsive sau cognitive, astfel încât să faciliteze procesul psihoterapeutic.

Dacă farmacoterapia și psihoterapia sunt în grija a doi clinicieni diferiți, pericolul de a cliva medicația de terapie este chiar mai mare. Ar trebui să existe o înțelegere că ambii terapeuți sunt parte a aceleiași

echipe și că vor avea nevoie să discute tratamentul în mod deschis. Un impediment major pentru a regla comunicarea dintre psihoterapeut și medicul care prescrie este faptul că timpul petrecut cu astfel de discuții este rareori plătit de asigurări. Totuși absența de comunicare procură un teren fertil pentru clivaj. Pacientul îl poate idealiza pe farmacoterapeut ca pe un doctor omenos și cu simț de răspundere care încearcă să ușureze disconfortul și suferința — în contrast cu psihoterapeutul, care îl împinge continuu pe pacient să reflecteze asupra materialului dureros din punct de vedere emoțional și să-l înțeleagă. Invers, doctorul care prescrie poate fi văzut ca grăbindu-l pe pacient să iasă din birou în 15 minute, pe când psihoterapeutul își ia timp să asculte și să înțeleagă. În absența unor discuții regulate despre clivajul de transfer între cei doi terapeuți, tratamentul poate deveni destul de haotic. Farmacoterapeutul și psihoterapeutul, precum și oricare alt membru din echipa terapeutică trebuie să aibă o înțelegere clară în privința problemei care clinician își asumă în primul rând responsabilitatea globală pentru siguranța și tratamentul pacientului (Gabbard, 2000). Acest clinician este desemnat drept autoritatea finală asupra deciziilor privind spitalizarea, introducerea sau oprirea unei modalități particulare de tratament și monitorizarea siguranței pacientului.

Indiferent care profesionist în sănătatea mintală este desemnat drept autoritate finală în echipa terapeutică, unele probleme trebuie discutate explicit de către cei care-l tratează pe pacient (Meyer și Simon, 1999b). Pacientul trebuie să-și dea consimțământul pentru ca psihoterapeutul și farmacoterapeutul să discute tratamentul când este necesar. Fiecare clinician trebuie, de asemenea, să fie de acord să-l informeze pe celălalt despre orice modificări semnificative plănuite în tratament. Ambii terapeuți trebuie să cadă de acord în legătură cu cine să primească apelurile de urgență despre spitalizări posibile în timpul serilor sau la sfârșit de săptămână, cine este responsabil pentru acoperirea din timpul vacanțelor și cine ar trebui să comunice cu părțile din afară. În interesul de a controla un clivaj potențial, farmacoterapeutul și psihoterapeutul ar trebui să aibă o înțelegere ca atunci când pacientul începe să-l denigreze pe unul din ei, clinicianul care primește această informație să-l contacteze pe celălalt pentru a discuta ce se petrece mai degrabă decât să ia informația ca atare și să acționeze conform ei. În final, farmacoterapeutul și psihoterapeutul ar trebui să aibă o înțelegere conform căreia oricare din ei poate alege să încheie participarea la tratarea pacientului dacă simte că această colaborare nu funcționează. Este necesar un termen suficient de mare în aceste cazuri, astfel încât să poată fi găsit un înlocuitor pentru clinicianul care pleacă. Înainte ca o astfel de măsură drastică să fie luată totuși, terapeuții pot dori să se întâlnească cu un consultant pentru a vedea dacă există o cale pentru ca diferendele dintre ei să fie rezolvate (vezi Capitolul 6).

A ajuta pacientul să stăpânească din nou aspecte ale Sinelui care au fost negate sau proiectate în alții. Deoarece clivajul și identificarea proiectivă sunt mecanisme de apărare primare ale pacienților cu TPB, sentimentul de a fi incomplet sau fragmentat este un fenomen de nucleu în psihopatologia borderline. Pacienții pot să-și nege comportamentul avut în urmă cu o lună ca și cum altcineva ar fi răspunzător pentru acel comportament. Această lipsă de continuitate apare și sub forma unor schimbări dramatice de la săptămână la săptămână în felul în care acești pacienți se prezintă pe ei înșiși terapeutului. Sarcina terapeutului este de a lega aceste aspecte fragmentate ale Sinelui și de a interpreta anxietățile subiacente legate de integrarea reprezentărilor de Sine disparate într-un întreg coerent și de stăpânirea lor. În mod similar, Sinele intern și reprezentările de obiect ale pacientului sunt proiectate în terapeut sau în alte persoane. În timp, terapeuții încearcă să-i ajute pe pacienții borderline să înțeleagă că ei pun inconștient aspecte ale lor în alții, aceasta fiind o cale de a încerca să țină sub control aceste părți chinuitoare ale lor. Mult din acest efort implică interpretarea fricii pacienților că dacă ei integrează aspectele bune și rele ale lor și ale altora, ura intensă pe care o au în interior va distruge orice urmă de iubire. Terapeuții trebuie să-i ajute pe pacienții borderline să recunoască faptul că ura este o emoție ubicuitară care trebuie integrată și temperată prin iubire, astfel încât agresivitatea să fie condusă în direcții mai constructive. Așa cum am scris în altă parte, „ajutăm pacienții să învețe să trăiască în propria lor piele, chiar în interiorul dialecticii create de iubire și ură și de viață și distructivitate" (Gabbard, 1996, p. 231).

A monitoriza sentimentele de contratransfer. În această întreagă discuție despre psihoterapie, locul central pe care-l are ascultarea contratransferului a fost implicit. Conținerea aspectelor proiectate ale pacientului și reflecția asupra naturii acestor proiecții îl vor ajuta pe terapeut să înțeleagă lumea internă a pacientului (Gabbard și Wilkinson, 1994). Mai mult, atenția continuă față de sentimentele proprii previne acting out-ul în contratransfer. Fiecare terapeut are limite personale în ceea ce privește câtă ură sau câtă mânie poate tolera. Dacă terapeutul își monitorizează atent sentimentele de contratransfer, această limită poate fi folosită mai degrabă constructiv decât distructiv. De exemplu, un terapeut poate folosi sentimente de contratransfer în mod terapeutic spunându-i pacientului: „Încep să am sentimentul că încercați să mă faceți să mă supăr pe dumneavoastră în loc să mă lăsați să să vă ajut. Hai să vedem dacă putem înțelege ce se-ntâmplă aici". Alternativ, terapeutul poate să trebuiască să pună limite bombardamentelor verbale ale pacientului, bazându-se pe reacțiile de contratransfer, după cum urmează: „Într-adevăr, nu simt că pot lucra cu dumneavoastră în mod eficient dacă veți continua să țipați la mine. Cred că este important

pentru dumneavoastră să lucrați la controlarea mâniei, astfel încât să puteți să o exprimați în fața mea fără să țipați". Terapeuții trebuie să fie reali și autentici cu pacienții borderline, altminteri ei vor crește doar invidia pacientului față de ei, fiind percepuți ca niște figuri de sfinți care sunt în esență nonumane (Searles, 1986).

Următorul exemplu clinic al unei ședințe de psihoterapie cu doamna CC, o pacientă borderline de 22 de ani, ilustrează câteva dintre principiile de tehnică descrise mai sus:

(Dna CC ajunge la ședința ei după ce a lipsit de la cea anterioară. Ea începe ședința prin angajarea terapeutului într-o glumă despre o carte din biblioteca lui.)

DNA CC: O, aveți o carte nouă.

TERAPEUTUL: Nu, acea carte a fost întotdeauna acolo.

DNA CC: Nu, nu era. Aș fi observat-o înainte.

TERAPEUTUL: O, sunt destul de sigur că a fost acolo. Dar aș dori să schimb subiectul și să aflu mai multe despre motivul pentru care nu ați venit data trecută.

(Terapeutul se angajează oarecum într-o glumă preliminară, dar se întoarce în final la problema serioasă a absenței pacientei de la ședința trecută.)

DNA CC: Pur și simplu nu m-am simțit dornică să vin la terapie. Nu am vrut să am de făcut față sentimentelor pe care le am aici.

TERAPEUTUL: Ați primit apelul meu pe robot?

(Terapeutul, îngrijorat de potențialul suicidar al pacientei, o sunase pe pacientă acasă când ea nu venise la ședință.)

DNA CC: Da. Eram acolo când ați lăsat mesajul pe robot.

TERAPEUTUL: De ce nu ați ridicat telefonul?

DNA CC: O, nu am răspuns la nici unul dintre apeluri. Nu am vrut să vorbesc cu nimeni.

TERAPEUTUL: Vă amintiți că v-am rugat să mă sunați?

DNA CC: Știu, dar mi-era prea rușine să vă sun.

TERAPEUTUL: Ce v-ați imaginat despre cum aș putea să reacționez la asta?

(Terapeutul încurajează mentalizarea, invitându-o pe pacientă să-și exploreze fantasmele despre contratransferul lui.)

DNA CC: Nu m-am gândit efectiv prea mult la asta.

(Pacienta demonstrează o lipsă de mentalizare, nereflectând la stările ei interne și la ale altora.)

TERAPEUTUL: V-ați gândit că eu aș putea fi îngrijorat ca nu cumva să vă faceți rău?

DNA CC: Da, cred că am fost preocupată de asta. Îmi pare rău, nu o să mai fac altă dată.

TERAPEUTUL: Aș dori să mergem mai departe de a vă părea doar rău și să vedem dacă putem înțelege ce se-ntâmpla în mintea dumneavoastră în acele momente, deoarece afectează în mod real capacitatea noastră de a lucra împreună când nu veniți la terapie.

(Terapeutul arată clar că una dintre condițiile necesare pentru a face viabilă terapia este ca pacienta să vină regulat la ședințe.)

DNA CC: Eram doar adâncită în mine însămi în acel moment. Eram, într-un fel, într-o stare de nefericire.

TERAPEUTUL: În legătură cu ce?

DNA CC: Nu știu.

TERAPEUTUL: Hai să nu acceptăm „Nu știu". Să încercăm să vedem ce motive ar putea fi.

(Pacienta nu vrea să reflecteze asupra stării ei interne, dar terapeutul încurajează în continuare elaborarea dincolo de respingerea pacientei.)

DNA CC: Ei bine, mă simt ca și cum toți vor uita de mine. Nimănui nu o să-i pese de ceea ce fac sau care sunt nevoile mele.

TERAPEUTUL: Dar îmi spuneți că nu puteți suferi felul în care părinții se amestecă în viața dumneavoastră și vă supraveghează tot timpul.

DNA CC: Știu, dar asta e doarece întotdeauna o dau în bară.

TERAPEUTUL: Vă imaginați că dacă nu o mai dați în bară și deveniți responsabilă, atunci nimeni nu o să vă mai acorde atenție?

(Terapeutul enunță o interpretare sau o explicație posibilă a comportamentului pacientei ca pe o întrebare la care pacienta să se gândească și asupra căreia să reflecteze, mai degrabă decât ca pe o declarație cu caracter obligatoriu.)

DNA CC: Mă gândesc doar că toți or să uite de mine.

TERAPEUTUL: Am o idee în legătură cu asta. Mă întreb dacă nu uitați oamenii când nu sunteți în preajma lor, astfel încât vă este teamă că și alții vor face la fel cu dumneavoastră.

(Terapeutul prezintă o înțelegere interpretativă a temerii ei, bazată pe cunoștințele lui despre slaba ei constanță a obiectului sau slaba ei memorie de evocare.)

DNA CC: Nu pot să rețin oamenii în mintea mea. Nu pot să-mi imaginez fața dumneavoastră când nu sunt aici. Nu pot să-mi imaginez fețele părinților mei sau fața fratelui meu. Este ca și cum nu ar fi acolo. Nu am fost niciodată în stare să fac asta.

TERAPEUTUL: Atunci îmi imaginez că este greu pentru dumneavoastră să vă gândiți cum reacționează oamenii când sunteți departe de ei. Exact ca în ultima joi când ați lipsit de la ședința noastră. În acel moment, era probabil dificil pentru dumneavoastră să mă imaginați stând aici și gândindu-mă unde erați și de ce nu ați sunat.

(Terapeutul îi comunică empatic înțelegerea de către el a dificultăților pacientei în ceea ce privește mentalizarea și memoria de evocare.)

DNA CC: Pur și simplu nu mă gândesc la asta. În parte, a fost că pur și simplu am obosit să fiu în tratament. Mai este ceva ce nu v-am spus. Am oprit Prozacul.

TERAPEUTUL: Când?

DNA CC: Acum aproximativ o săptămână.

TERAPEUTUL: De ce nu ați discutat cu mine așa încât să putem vorbi despre avantajele și dezavantajele acestui lucru?

(Frustrarea contratransferențială a terapeutului apare pe măsură ce începe să se identifice cu părintele polițist care vrea să-l oblige pe pacient să facă orice spune el.)

DNA CC: Am știut că o să spuneți nu.

TERAPEUTUL: Încă nu-mi este clar de ce l-ați oprit.

DNA CC: Este doar pentru că nu vreau să fiu pacientă. Îmi place terapia, de acord, dar nu vreau să iau medicamente.

TERAPEUTUL: Cred că lucrul care mă preocupă cel mai mult în legătură cu asta este că nu ați vorbit cu mine despre ce aveați de gând să faceți. Este asemănător cu a nu veni joi, a nu mă suna, a nu-mi întoarce apelurile când v-am sunat. Este ca și cum ar fi o parte din dumneavoastră care mă vede ca pe un adversar și nu vrea să colaboreze cu mine în deciziile majore, cum ar fi oprirea Prozacului sau venirea la terapie.

DNA CC: Este ca și cum cineva m-ar examina îndeaproape și mi-ar supraveghea orice mișcare. Toată lumea încearcă să mă prindă făcând ceva greșit.

TERAPEUTUL: Ei bine, dacă mă percepeți în acest fel, pot să realizez de ce ați vrea să stați departe de terapie. Cred că este important pentru noi să păstrăm în minte că sunteți aici pentru că vreți să vă învingeți tendința suicidară și să duceți o viață mai productivă.

(Terapeutul explorează transferul negativ pe cale de apariție și rolul de adversar în care a fost distribuit drept o cale de a promova alianța terapeutică și a se întoarce la scopurile inițiale ale terapiei.)

15.4.3 Tratamentul în spital și în condiții de spitalizare parțială

Principiile tratamentului în spital și în condiții de spitalizare parțială sunt evidențiate în Capitolul 6. În plus, abordarea clivajului, un ingredient esențial în munca cu pacienții borderline, este discutată tot în acel capitol. Cititorii sunt astfel trimiși înapoi la Capitolul 6 pentru principiile de bază ale cadrului tratamentului pacienților borderline. Sunt acoperite acolo câteva alte puncte specifice pentru pacienții borderline.

În spital, pacienții borderline pot să deranjeze secțiile în care sunt internați deoarece haosul lor intern se externalizează în mediul din jurul lor. Unii devin pacienți „speciali" care creează probleme contratransferențiale intense legate de clivaj și de identificarea proiectivă (Burnham, 1966; Gabbard, 1986; Main, 1957). Alții sunt extraordinar de plini de ură și îi atacă în mod veninos pe toți membrii din personal care încearcă să-i ajute (Gabbard, 1989b), inspirându-le un sentiment al inutilității. Alții pot manifesta un opozitionism pasiv și să refuze să participe la orice aspect al planului de tratament (Gabbard 1989a). Deși boala acestor pacienți poate să pară refractară la tratament, unii pot să

beneficieze într-un final de tratament prin atenția acordată dinamicii individuale a pacientului și contratransferului personalului.

Există tot felul de teorii în legătură cu tratamentul în spital al pacienților borderline, multe dintre ele fiind bazate pe puține date sau pe date care nu sunt solide. Unii clinicieni cred că spitalizarea nu ar trebui să fie folosită pentru pacienții borderline, deoarece ar favoriza regresia și dependența. Nici o dată serioasă nu sprijină această premisă, dar cel puțin un studiu controlat a arătat că tratamentul în spital poate fi destul de benefic pentru pacienții cu tulburări severe de personalitate. În Regatul Unit, Dolan et al. (1997) au examinat un grup de 137 de pacienți consecutivi cu tulburare severă de personalitate la trimitere și la un an după tratament la spitalul Henderson. Șaptezeci dintre cei trimiși au fost admiși și 67 nu. Cercetătorii au observat o reducere semnificativ mai mare a scorurilor Indexului Sindromului Borderline la grupul admis în comparație cu cei care nu au fost admiși. De asemenea, schimbările scorurilor au fost corelate pozitiv în mod semnificativ cu lungimea tratamentului în spital.

Mult din tratamentul care se făcea înainte în cadrul spitalicesc se face acum în cadrul unui spital de zi sau în condiții de spitalizare parțială. Evoluțiile impresionante din Unitatea de zi Halliwick sugerează că această modalitate poate fi foarte promițătoare pentru tratamentul în viitor al tulburărilor de personalitate. Piper et al. (1993) au avut, de asemenea, mare succes în tratamentul tulburărilor de personalitate într-un studiu randomizat al tratamentului de zi. Wilberg et al. (1999) au demonstrat evoluții pozitive la pacienții cu tulburare de personalitate tratați într-un spital de zi. Pentru a determina dacă tratamentul de zi a avut succes în afara cadrelor academice, Karterud et al. (2003) au testat 1 010 pacienți cu tulburare de personalitate aflați în opt programe de tratament diferite în Rețeaua norvegiană de spitale psihoterapeutice de zi din 1993 până în 2000. Cei cu tulburări de personalitate care au urmat programele, inclusiv cei care erau borderline, și-au ameliorat semnificativ toate variabilele evoluției de la internare la externare, și ameliorarea s-a menținut sau a crescut la vizitele de control. Prin urmare, este acum bine stabilit că spitalul de zi este o abordare cu eficiență crescută pentru pacienții borderline și pentru alții cu tulburare severă de personalitate. Aceleași principii de tratament folosite în trecut în tratamentul intraspitalicesc extins pe o durată de ani de zile le pot fi aplicate în mod util pacienților aflați în spitalul de zi.

Unii pacienți evoluează bine în psihoterapia în ambulatoriu în cea mai mare parte a timpului, dar necesită periodic spitalizare scurtă în timpul psihoterapiei din cauza unei perioade tranzitorii când sunt intens suicidari, autodistructivi sau într-un fel în afara contactului cu realitatea. Pot să existe grade variate de frământare și în procesul de psihoterapie. Deoarece scopul spitalizării pe termen scurt este restaurarea rapidă a

apărărilor pacientului și a funcționării lui adaptative, personalul din spital trebuie să transmită o expectație contraregresivă. Terapeuții din acest mediu trebuie să le comunice unor asemenea pacienți că ei își pot controla impulsurile în ciuda plângerilor lor. Deși pot fi uneori necesare mijloace de control extern, precum restricțiile și medicația antipsihotică, accentul se pune pe ajutorarea acestor pacienți să-și asume răspunderea pentru autocontrol. Eul slăbit al pacientului poate fi suplimentat cu o structură fermă, consistentă, care implică un orar regulat, consecințe clare pentru acting out-ul impulsiv și un model previzibil al întâlnirilor de grup și individuale cu membrii echipei și cu alți pacienți.

Tendința obișnuită a pacientului borderline nou admis este de a se aștepta la lungi ședințe individuale cu membrii din echipa de îngrijire, ori de câte ori dorește. De fapt, când asistentele sunt „convinse" să încerce să gratifice aceste cereri, pacientul se deteriorează în mod tipic direct proporțional cu timpul petrecut în aceste ședințe „de terapie" individuale. Pacienții borderline se simt mult mai bine când echipa de îngrijire poate introduce întâlniri scurte de 5–10 minute în structura regulată.

Membrii personalului din mediul spitalicesc și structura însăși a unității funcționează ca Euri auxiliare pentru pacienții borderline. Mai degrabă decât să încerce să interpreteze sau să exploreze, echipa secției poate să-i ajute pe pacienți să identifice factorii precipitanți ai crizelor lor, să amâne descărcarea impulsurilor prin căutarea de alternative, să anticipeze consecințe ale acțiunilor lor și să-și clarifice relațiile de obiect interne (așa cum sunt descrise în Capitolul 6). O altă funcție a spitalizării scurte este aceea că ea permite o viziune de mai mare acuratețe asupra lumii interne a pacientului. În sfârșit, echipa din spital poate deseori să-l asiste pe psihoterapeut în înțelegerea naturii crizei sau a impasului care apare în psihoterapia pacientului. Pe lângă abordarea oricăror procese de clivaj (așa cum am descris în Capitolul 6), echipa poate să-l ajute pe terapeut prin validarea competenței și valorii lui în calitate de clinician (Adler, 1984). Din perspectiva psihologiei Sinelui a lui Adler, asistentele din secție și alți membri ai personalului pot îndeplini funcții de obiect al Sinelui atât pentru pacient, cât și pentru terapeut (Adler, 1987).

Trebuie, de asemenea, să existe o normă a secției care să descurajeze păstrarea de secrete. Orice îi spune pacientul unui membru al echipei trebuie împărtășit cu alți membri din echipă în ședințe. Echipa din secție trebuie să fie în stare să-i spună „nu" pacientului în mod repetat, într-un fel simplu, plin de grijă, care să nu transmită nici o rea intenție. Altminteri, pacientul poate să nu fie în stare să integreze faptul că figurile „bune" și pline de grijă sunt aceleași persoane care implementează măsuri restrictive (i.e., intervenții „rele"). Această integrare a reprezentărilor interne de obiect și de Sine este un alt scop primar al tratamentului intraspitalicesc pe termen lung.

Limitele aplicate unui pacient trebuie să fie întotdeauna bazate pe o înțelegere empatică a nevoilor de limite ale pacientului mai degrabă decât pe orice încercare sadică de control, așa cum vede pacientul de obicei asemenea restricții.

Comportamentul suicidar și de automutilare este frecvent o problemă semnificativă, deoarece pacienții borderline încearcă să controleze întreaga echipă terapeutică exact așa cum și-au controlat familia și pe cei iubiți cu un asemenea comportament. Membrii echipei trebuie să sublinieze că fiecare pacient este în final răspunzător pentru controlul unui asemenea comportament și că, în mod realist, nimeni nu poate împiedica un pacient să se sinucidă. Pacienții borderline își provoacă frecvent tăieturi superficiale cu agrafe pentru hârtie, cutii de conserve, becuri și alte obiecte care se găsesc de obicei în spitale. Deși leziunea efectivă rezultată dintr-o asemenea zgârietură superficială poate fi minimă, echipa din secție trebuie să investigheze cu atenție originile acestei mutilări. Este legată de episoade de depersonalizare sau de disociere? Există un istoric de abuz sexual în copilărie? Oare condiția pacientului justifică un tratament cu fluoxetină? Este comportamentul manipulator un efort de a câștiga atenția echipei în mod primar?

Pacientul borderline suicidar în mod cronic poate să dea naștere la sentimente de contratransfer intense la membrii echipei, care percep tentativele și gesturile ca manipulatorii și, drept urmare, încep să reacționeze cu lipsă de interes la amenințările cu suicidul ale pacientului. Echipa intraspitalicească trebuie să țină minte că aceia care încearcă să se sinucidă sunt de 140 de ori mai susceptibili să se sinucidă decât cei care nu încearcă (Tuckman și Youngman, 1963) și că, în mare, 10–20% dintre toți cei care au tentative de suicid se vor sinucide (Dorpat și Ripley, 1967).

15.4.4 Terapia familială

Modificarea terapeutică a lumii de obiecte interne a pacientului borderline necesită în general un proces de psihoterapie individuală intensivă. Lucrul cu familia totuși este frecvent un adaos esențial la planul global de tratament. Folosirea terapiei familiale formale este mult mai puțin frecventă decât cea a uneia sau a mai multor intervenții în cursul tratamentului (Brown, 1987). Tratamentul în spital, de exemplu, îi oferă clinicianului oportunitatea de a se întâlni cu familia pacientului. Interacțiunile efective pot atunci să fie comparate cu și diferențiate de modul de relaționare al pacientului în mediul secției. În psihoterapia în ambulatoriu, procesul individual poate fi subminat de eforturile contraterapeutice ale membrilor familiei care se simt periclitați de orice schimbare în pacient. Intervențiile familiale sau, în cazurile severe,

terapia familială poate atunci să fie necesară pentru un tratament individual de succes.

Primul pas al intervenției familiale este de a identifica rolul pe care-l joacă interacțiunile familiale în patogeneza și menținerea simptomatologiei pacientului borderline. Așa cum am descris în Capitolul 5, clivajul și identificarea proiectivă sunt mecanisme extrem de comune care servesc la menținerea unei homeostazii patologice în sistemul familial. De exemplu, un părinte poate să respingă reprezentările sale interne rele ale obiectului sau ale Sinelui și să le proiecteze într-un fiu adolescent sau adult tânăr, care se identifică în consecință cu aceste proiecții și devine membrul simptomatic al familiei.

În diagnosticarea modelelor familiale, terapeuții trebuie să evite să-i impună familiei propriile lor construcții teoretice. De exemplu, deși unele modele psihodinamice (Masterson și Rinsley, 1975) pot să presupună o supraimplicare din partea mamei, cercetări empirice (Gunderson și Englund, 1981; Gunderson et al., 1980) au sugerat că părinții supraimplicați sunt mai puțin frecvenți decât cei neglijenți. Părinții neglijenți ai pacienților borderline tind să aibă și ei multe nevoi și, drept urmare, eșuează în a le asigura copiilor lor o orientare sub forma unor reguli sau a unei „structuri".

În familiile în care supraimplicarea este un model general, intervenția familială trebuie să respecte nevoile fiecărui membru al familiei față de ceilalți membri. Părinții înșiși pot avea o psihopatologie borderline și se pot simți teribil de amenințați de perspectiva de a-și „pierde" copilul borderline prin tratament. Clinicienii trebuie să ia în serios posibilitatea ca o ameliorare semnificativă a pacientului să poată avea drept rezultat o decompensare severă la un părinte, care va intra în panică din cauza separării întrevăzute (Brown, 1987). În aceste cazuri, un terapeut familial ar trebui să ajute familia să rezolve dilemele create de schimbarea din pacient, precum și din sistemul familial văzut ca un întreg. Terapeutul trebuie să evite cu conștiinciozitate orice încercare de a „îndepărta" pacientul borderline de familia sa. Asemenea eforturi vor fi văzute atât de familie, cât și de pacient ca un atac foarte amenințător care îi va determina doar să strângă rândurile și va crește senzația lor de a fi prinși într-o plasă. Terapeuții familiali au rezultate mai bune când își asumă o poziție neutră, fără să judece în ceea ce privește schimbarea, empatizând cu nevoia familiei de a rămâne împreună din cauza stabilității inerente în supraimplicare (Jones, 1987). Orice schimbare în sistem trebuie să vină din *interior* mai degrabă decât să fie impusă de profesioniștii în sănătatea mintală, care acordă în mod tradițional o mare valoare separării și autonomiei.

Un alt principiu crucial în lucrul cu familiile pacienților cu TPB este de a evita să ții partea pacientului în ceea ce privește demonizarea părinților ca și cum orice observație monstruoasă ar fi pe de-a întregul

corectă. Într-un studiu care compară percepțiile pacienților cu TPB asupra familiilor lor cu percepțiile părinților lor și cu cele ale unor familii normative, Gunderson și Lyoo (1997) au găsit că pacienții borderline și-au perceput relațiile familiale într-o lumină semnificativ mai negativă decât au făcut-o fie părinții, fie familiile normative. Părinții tind să fie de acord unul cu altul, dar nu cu copilul borderline. Această schismă în familie trebuie luată în serios. Clinicienii ar trebui să aibă în minte că relatarea pacientului borderline poate fi colorată de propriile lui prejudecăți psihologice, recunoscând în același timp că viziunea părinților trebuie, de asemenea, acceptată cu prudență. Mulți părinți vor da răspunsuri defensive în timpul unei evaluări și se vor simți ca și cum ar fi învinovățiți pentru dificultățile copilului. În majoritatea cazurilor, adevărul se află undeva între cele două puncte de vedere, și percepțiile fiecărei părți au o anumită validitate. Gunderson și Lyoo au susținut și munca psihoeducațională cu familiile pacienților cu TPB pentru a-i ajuta să înțeleagă complexitatea patologiei borderline. Gunderson (2001) a evidențiat această abordare în detaliu în publicații recente.

15.4.5 Psihoterapia de grup

Psihoterapia de grup poate fi și ea un adaos benefic la psihoterapia individuală a pacienților borderline. Așa cum au observat Ganzarain și Horwitz (1977), toate grupurile sunt predispuse să folosească apărările de tip borderline precum clivajul și identificarea proiectivă. Psihoterapia de grup îi oferă individului borderline o oportunitate de a înțelege aceste apărări așa cum ele apar într-un context de grup. Mulți dintre cei care au contribuit la literatura asupra psihoterapiei de grup a pacientului borderline sugerează totuși că pacientul borderline este tratat cu cea mai mare eficacitate în grupuri de pacienți cu nevroze sau cu tulburări de personalitate de nivel mai înalt (Day și Semrad, 1971; Horwitz, 1977; Hulse, 1958; Slavson, 1964).

În mod similar, consensul în literatură este că pacienții borderline în psihoterapie de grup au nevoie concomitent de psihoterapie individuală (Day și Semrad, 1971; Horwitz, 1977; Hulse, 1958; Slavson, 1964; Spotnitz, 1957). Diluarea transferului în psihoterapia de grup are efecte benefice semnificative atât pentru pacientul borderline, cât și pentru terapeut. Furia intensă care se mobilizează de obicei în pacienții borderline când sunt frustrați în tratament poate fi astfel diluată și direcționată împotriva altor figuri pe lângă terapeutul individual. În mod asemănător, reacțiile puternice de contratransfer față de pacienții boderline pot fi diluate de prezența altor oameni.

Horwitz (1977) a evidențiat că psihoterapia individuală poate avea o funcție suportivă crucială când anxietatea pacientului borderline crește

ca răspuns la confruntare în cadrul de grup. Ideal, terapeutul individual ar trebui să fie altcineva decât terapeutul de grup, deoarece „este antiterapeutic pentru terapeutul de grup să-i vadă pe unii pacienți în mod individual, în timp ce nu-i vede și pe ceilalți în particular" (p. 415). Horwitz a identificat, de asemenea, prezența unor trăsături abrazive de caracter drept o indicație pentru psihoterapia de grup în plus față de psihoterapia individuală. El a observat că pacienții borderline par mai dornici să accepte confruntarea și interpretarea în legătură cu asemenea trăsături de la colegii lor în psihoterapia de grup decât de la un terapeut. Poate să li se pară că este mai ușor să accepte interpretările terapeutului lor ca parte a unei teme centrate pe grup decât atunci când interpretările îi țintesc ca indivizi.

Apar date empirice care coroborează impresia clinică larg răspândită că tratamentul de grup poate fi foarte util pentru pacienții borderline. Deși nu este o modalitate psihodinamică, terapia comportamentală dialectică (Linehan et al., 1991) folosește grupurile drept piatra sa unghiulară și a fost dovedită a reduce comportamentele automutilante și suicidare. Într-un studiu controlat randomizat comparând psihoterapia de grup interpersonală cu terapia dinamică individuală, Munroe-Blum și Marziali (1995) au găsit că 25 de ședințe săptămânale a câte 90 de minute de terapie de grup urmate de 5 ședințe spațiate la două săptămâni care să ducă la terminare au avut drept rezultat ameliorări semnificative. Analiza efectuată după 12 și 24 de luni de urmărire a arătat ameliorări semnificative la toate criteriile majore. Mai mult decât atât, pacienții care au urmat terapia de grup s-au comportat la fel de bine ca și cei aflați în terapie individuală. În final, terapia dinamică de grup de trei ori pe săptămână ocupa locul central în abordarea eficientă folosită de Bateman și Fonagy (1999, 2001) la Unitatea de zi Halliwick.

În ciuda avantajelor de a lucra într-un context de grup, terapeuții se vor confrunta cu câteva dificultăți inerente în psihoterapia de grup a pacienților borderline. Asemenea pacienți pot deveni ușor țapi ispășitori din cauza psihopatologiei lor mai primitive și a tendinței lor mai mari de a-și exprima afectul într-o manieră directă. Terapeutului i se poate cere să sprijine pacientul borderline când găsirea unui țap ispășitor apare ca o temă de grup. Mai mult decât atât, pacienții borderline pot, de asemenea, să resimtă o creștere a sentimentelor lor de deprivare din cauza competiției cu grupul pentru atenția terapeutului. În final, pacienții borderline tind să mențină o anumită distanță în psihoterapia de grup din cauza atașamentului lor primar față de terapeutul individual.

16. Grupa B
Tulburări de personalitate
Narcisică

Te prețuiești prea mult, Malvolio, și sunt încredințată că boala dumitale de stomac e de vină că ți-ai pierdut gustul de viață și nimic nu te amuză. Când ai o inimă caldă și o conștiință curată, buna dispoziție vine de la sine și nu iei drept ghiulea de tun o săgeată de vânat vrăbii.

Olivia în actul I, scena 5 din Shakespeare, *A douăsprezecea noapte**

În comedia lui Shakespeare, este evident atât pentru Olivia, cât și pentru public că dragostea pentru sine a lui Malvolio și tendința lui de a trăi micile desconsiderări ca pe atacuri devastatoare sunt semne că acesta este „bolnav". În practica psihiatrică contemporană totuși, distincția între gradele sănătoase și cele patologice de narcisism este dificilă. O anumită măsură de dragoste de sine nu este doar normală, ci și de dorit. Totuși delimitarea clară pe linia continuum-ului considerației de sine a momentului în care narcisismul sănătos devine patologic nu este ușor de identificat.

Un alt factor care induce în eroare este că anumite comportamente pot fi narcisic patologice la un individ, în timp ce la altul pot fi doar o manifestare a unei considerații de sine normale. Să ne imaginăm, de exemplu, un băiat de 15 ani care își usucă părul stând în fața oglinzii timp de 45 de minute pentru a pune fiecare fir de păr perfect la locul lui. Cei mai mulți dintre noi ar chicoti în sinea lor la această imagine și ar realiza că acest fel de vanitate este perfect normală pentru un adolescent. Acum să schimbăm imaginea cu cea a unui bărbat de 30 de ani care petrece același timp, în fiecare dimineață, în fața oglinzii, cu un uscător de păr. Această imagine vizuală este ceva mai deconcertantă, pentru că acest tip de preocupare excesivă cu propria persoană este departe de normal la un bărbat de vârsta aceasta. Dacă acum ne

* William Shakespeare, *Opere*, vol. VII, ESPLA, București, 1959, trad. de Mihnea Gheorghiu.

imaginăm un bărbat de 45 de ani, angajat în același fel de activitate, devenim din nou mai flexibili în atitudine, deoarece, ca și în cazul adolescentului, putem înțelege acest comportament ca parte a fazei de dezvoltare în ciclul de viață, la care de obicei ne referim cu apelativul „criza bărbatului de vârsta a doua". Înainte de a face o delimitare definitivă între sănătatea relativă și patologie în cazul acestui individ, am putea dori să cunoaștem mai multe despre celelalte activități ale sale.

Exemplele de mai sus ilustrează cum narcisismul este judecat diferit în funcție de faza din ciclul vieții prin care trece individul. Deși suntem conștienți de aceste distincții ale fazelor de dezvoltare, termenul *narcisic* este rar folosit ca un compliment atribuit cuiva cu o stimă de sine normală. Pe de altă parte, termenul este mult mai frecvent folosit în mod peiorativ ca un sinonim pentru „al naibii", în special atunci când ne referim la colegi sau cunoștințe pe care nu îi putem suferi. De asemenea, termenul este adesea folosit pentru a ne referi la persoane ale căror succese și încredere în sine le invidiem. Pentru că noi toți ne confruntăm cu aspecte narcisice, trebuie să fim mereu conștienți de eventuala ipocrizie de a categorisi alte persoane ca fiind narcisice.

Pentru a complica și mai mult lucrurile, noi trăim într-o cultură narcisică (Cooper, 1998; Lasch, 1979; Rinsley, 1986; Stone, 1998). Suntem sclavi devotați ai mijloacelor de informare în masă electronice, care prosperă din imagini superficiale și ignoră substanța și profunzimea. Consumul de bunuri este considerat singurul drum către fericire. Frica noastră de îmbătrânire și moarte dă de lucru chirurgilor plastici. Suntem mistuiți de strălucirea celebrității. Sporturile competitive, marele divertisment american ne învață că a fi numărul unu este cel mai important scop al vieții.

Unul dintre criteriile-cheie de diagnostic pentru tulburarea de personalitate narcisică, exploatarea interpersonală, este un mecanism înalt adaptativ pentru societatea noastră. Într-adevăr, sistemului economic este bazat pe recompensarea celor care sunt capabili să-i convingă pe ceilalți să cumpere un produs (Maccoby, 1976; Person, 1986). În lumea corporatistă, reușita a devenit mult mai importantă decât promovarea valorilor cum ar fi angajamentul, loialitatea, integritatea și amabilitatea interpersonală. Antrenorii atleților din colegii pot să scape liniștiți chiar dacă supun atleții unor tratamente scandaloase, atâta timp cât trofeele continuă să vină. Scopul scuză mijloacele.

Având în vedere această ambianță culturală, este adesea problematic să se determine care trăsături indică o tulburare de personalitate narcisică și care sunt, pur și simplu, trăsături culturale adaptative. Diferența între o autostimă normală și una umflată artificial este adesea ambiguă. Să ne imaginăm, de exemplu, un profesionist în sănătate

mintală care prezintă o lucrare științifică unui auditoriu. Prezentatorul observă că jumătate din public adoarme în timpul prezentării, în timp ce ceilalți se ridică și pleacă. În timpul pauzei de discuții, la sfârșitul expunerii, prezentatorul lucrării este criticat sever, imputându-i-se „o gândire confuză", „insuficientă familiarizare cu literatura" și „nu prezintă nimic nou". El reacționează la aceste critici prin a-și spune în sinea lui: „Nu contează ce cred ei, eu oricum știu că sunt competent". Cum evaluăm acest răspuns? Bazat pe informația din acest exemplu, am putea ajunge la două concluzii: 1) această persoană are o considerație de sine sănătoasă care nu se prăbușește doar din cauza unei experiențe negative sau 2) reacția prezentatorului reflectă un narcisism patologic, este un mecanism de apărare pretențios, pentru a compensa o rănire devastatoare a autostimei lui.

Cu așa o multitudine tulburătoare de diferite utilizări, diferențe de dezvoltare și influențe culturale, ce criterii definitive pot fi folosite pentru a face deosebirea între narcisismul normal și cel patologic? Criteriile „împământenite" ale sănătății psihologice — a iubi și a munci — sunt doar parțial folositoare pentru a răspunde la această întrebare. Istoricul profesional al unui individ ne oferă puține informații folositoare pentru a face această distincție. Indivizii foarte narcisici pot avea un succes mare în anumite profesii ca: afaceri importante, artă, politică, divertisment, sporturi și teleevanghelism (Gabbard, 1983; Rinsley, 1985; 1989). Totuși, în unele cazuri, patologia narcisică poate fi reflectată în calitatea superficială a interesului profesional (Kernberg, 1970) ca și când reușita și recunoașterea sunt mai importante decât stăpânirea domeniului profesional însuși.

Formele patologice de narcisism sunt mai ușor de identificat după calitatea relațiilor individului. Incapacitatea acestor oameni de a iubi este o tragedie care le afectează viața. Relațiile interpersonale sănătoase pot fi recunoscute după calități cum ar fi empatia și grija față de sentimentele altora, un interes real față de ideile altora, abilitatea de a tolera ambivalența în relații de lungă durată fără a renunța și capacitatea de a conștientiza contribuția proprie a cuiva în conflicte interpersonale. Oamenii cu relații caracterizate de aceste calități îi pot folosi la un moment dat pe alții pentru a-și satisface propriile dorințe, dar această tendință apare în contextul mai larg al relaționării interpersonale sensibile, mai degrabă decât în stilul pervaziv de interacțiune cu alte persoane. Pe de altă parte, persoana cu tulburare de personalitate narcisică abordează oamenii ca pe obiecte care sunt folosite până la epuizare și apoi abandonate conform nevoilor acesteia, fără nici un fel de considerare față de sentimentele lor. Oamenii nu sunt văzuți ca având o existență separată sau având propriile lor nevoi. Individul cu tulburare de personalitate narcisică încheie în mod frecvent o relație la scurt timp, de obicei când cealaltă

Tabel 16–1. Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate narcisică.

Un pattern pervaziv de grandoare (în fantasmă și comportament), necesitatea de admirație și lipsa de empatie, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) are un sentiment grandios de autoimportanță (de ex., își exagerează realizările și talentele, așteaptă să fie recunoscut ca superior, fără realizări corespunzătoare)
(2) este preocupat de fantasme de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumusețe sau amor ideal
(3) crede că este „aparte" și unic și poate fi înțeles numai de, ori trebuie să se asocieze numai cu, alți oameni (sau instituții) speciali ori cu statut înalt
(4) necesită admirație excesivă
(5) are un sentiment de îndreptățire, adică pretenții exagerate de tratament favorabil special ori de supunere automată la dorințele sale
(6) este exploatator interpersonal, adică profită de alții spre a-și atinge propriile scopuri
(7) este lipsit de empatie: este incapabil să recunoască sau să se identifice cu sentimentele și necesitățile altora
(8) este adesea invidios pe alții sau crede că alții sunt invidioși pe el
(9) prezintă comportamente sau atitudini arogante, sfidătoare.

Sursă. Retipărit după Asociația Psihiatrică Americană, *Manual statistic și diagnostic al tulburărilor mintale (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.

persoană începe să emită pretenții legate de nevoile ei proprii. Cel mai important, astfel de relații în mod clar „nu merg" în termenii abilității narcisistului de a menține propria stimă de sine (Stolorow, 1975).

16.1 Fenomenologia tulburării de personalitate narcisică

Literatura psihodinamică ce tratează tulburarea de personalitate narcisică este ușor derutantă, pentru că această etichetare pare să li se aplice la fel de bine și pacienților cu tablouri clinice foarte diferite. DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) listează nouă criterii pentru diagnosticul de tulburare de personalitate narcisică (Tabel 16–1). Aceste criterii identifică un anumit fel de pacient narcisic — în mod special, cel arogant, gălăgios, lăudăros și care cere să fie în centrul atenției. Totuși ele nu reușesc să caracterizeze individul narcisic timid,

Tabel 16–2. Două tipuri de pacienți cu tulburare de personalitate narcisică.

Narcisistul neatent	Narcisistul hipervigilent
Nu este conștient de reacțiile celorlalți	Foarte sensibil la reacțiile celorlalți
Arogant și agresiv	Inhibat, timid și chiar retras în sine
Egocentric	Direcționarea atenției mai mult către alții decât către sine
Simte nevoia să fie în centrul atenției	Evitarea de a fi în centrul atenției
Are „un emițător, dar nu și un receptor"	Îi ascultă pe ceilalți cu atenție pentru dovezi de desconsiderare sau critici
Aparent insensibil la rănirea sentimentelor de către ceilalți	Are sentimente ușor de rănit; predispus la sentimente de rușine sau umilire

grandios în mod tăcut, a cărui sensibilitate extremă la desconsiderare conduce la o evitare asiduă a centrului atenției (Cooper și Michels, 1988).

În literatură se evidențiază un așa-numit continuum al tulburării de personalitate narcisică. Kernberg (1970, 1974a, 1974b, 1998) conturează un tip de narcisist invidios, lacom, care cere atenția și recunoașterea celorlalți, în timp ce Kohut (1971, 1977, 1984) descrie un tip de personalitate vulnerabilă narcisic predispusă la fragmentarea Sinelui. Tipurile variate de pacienți narcisici descrise de acești autori pot fi schematizate ca aparținând unui segment pe linia continuum-ului, bazându-ne pe stilul tipic al relaționării interpersonale. Din punct de vedere descriptiv, cele două extreme ale acestui continuum pot fi denumite ca narcisistul „neatent" și narcisistul „hipervigilent" (Gabbard 1989) (Tabel 16–2). Acești termeni se referă, în special, la modul de relaționare personal predominant, atât în procesul de transfer cu terapeutul, cât și în interacțiunile sociale, în general.

Tipul neatent nu pare să realizeze impactul pe care îl are asupra celorlalți. El vorbește ca și cum s-ar adresa unui public larg, stabilește rar contactul vizual și în general privește deasupra capetelor celor din jurul lui. Vorbesc spre ei, nu cu ei. Persoanele de acest tip nu par să conștientizeze că sunt plicticoase și că unii oamenii vor părăsi, în consecință, conversația și vor căuta companie în altă parte. Stilul de adresare este saturat cu referiri la propriile realizări și este evident că au nevoie să fie în centrul atenției. Sunt insensibile la nevoile altora, până la punctul în care să nu permită altora să contribuie la conversație. Aceste persoane sunt adesea percepute ca „având un emițător, dar nu și un receptor". Tipul neatent de personalitate narcisică se potrivește îndeaproape cu tabloul clinic descris de criteriile DSM-IV-TR.

Aspectele narcisice ale tipului hipervigilent, pe de altă parte, sunt manifestate în moduri complet diferite. Aceste persoane sunt extraordinar de sensibile la reacția altora față de ele. De fapt, atenția lor este permanent direcționată către alții, în contrast cu egocentrismul tipului neatent. Ca și pacientul paranoic, ei sunt atenți de fiecare dată când îi ascultă pe alții pentru a înregistra orice reacție critică sau desconsiderare. Un pacient narcisic era atât de acordat la reacțiile terapeutului, încât de fiecare dată când terapeutul își schimba poziția în scaun sau își dregea vocea percepea aceste lucruri ca pe un semn de plictiseală. Când acest terapeut a îndepărtat o frunză moartă de la o plantă de pe biroul său, pacientul s-a simțit umilit și a cerut un alt terapeut. Pacienții de acest fel sunt timizi, inhibați și retrași în sine. Evită să fie sub lumina reflectoarelor, datorită convingerii că vor fi respinși și umiliți. În centrul lumii lor interioare se află un profund sentiment de rușine asociat cu dorința lor secretă de expunere într-o manieră grandioasă.

Rușinea are și alți factori determinanți. Rușinea se corelează cu un proces de autoevaluare în care un individ se simte inadecvat (adică nu se ridică la standardul sau idealul la care ar trebui). Sentimentul unui defect inerent este un punct central al rușinii (Cooper 1998). Lewis (1987) face distincția între vină și rușine. În timp ce persoanele vinovate pot avea sentimentul că nu se ridică la anumite standarde, ele nu au sentimentul defectului ireparabil, în felul în care anumiți indivizi cu tulburare de personalitate narcisică simt acest lucru. Sentimentul de umilință sau de expunere dureroasă, când sunt confruntați cu deficiențe ale abilităților sau recunoașterii nevoilor nesatisfăcute, este central psihopatologiei indivizilor cu narcisism patologic și multe dintre mecanismele de apărare pe care astfel de persoane le dezvoltă au rolul să le împiedice să devină conștiente de sentimentele asociate cu aceste experiențe.

Deși ambele tipuri se confruntă cu menținerea stimei de sine, ele abordează problema în moduri complet diferite. Narcisiștii neatenți încearcă să-i impresioneze pe ceilalți cu reușitele lor, în timp ce se izolează de orice leziune narcisică cu ajutorul testării conformității răspunsurilor celorlalți. Narcisiștii hipervigilenți încearcă să mențină stima de sine prin evitarea situațiilor vulnerabile și prin studiul intens al celorlalți, menit să deslușească felul în care ei se vor comporta. Ei le atribuie altora proiectiv dezaprobarea propriilor fantasme grandioase (Gabbard, 1983). Această tipologie este în strânsă legătură cu distincția lui Rosenfeld (1987) între pacienții narcisici cu „obrazul subțire" și cei cu „obrazul gros" și cu clasificarea lui Broucek (1982) în *egoiști* și *disociativi*. Totuși, în timp ce narcisistul neatent este de fapt identic cu tipul egoist, pacientul hipervigilent nu face proiecții ale grandiozității sale asupra unei alte

persoane idealizate, ca în cazul tipului disociativ al lui Broucek, ci le păstrează în schimb în sine însuși și-l privește pe celălalt ca persecutor.

În ciuda nereușitei criteriilor DSM-IV-TR de a reprezenta varianta hipervigilentă a tulburării de personalitate narcisică, există suport empiric pentru distincția neatent–hipervigilent. Wink (1991) a efectuat o analiză a principalelor componente pentru șase scale ale narcisismului în Inventarul de Personalitate Multifazică Minnesota și a găsit doi factori ortogonali: dimensiunea Vulnerabilitate–Sensibilitate și dimensiunea Grandiozitate–Exhibiționism. El a conchis că acești doi parametri aparent necorelați între ei, pe care i-a denumit narcisism *deschis* și *ascuns (închis)*, confirmă existența celor două forme diferite de narcisism patologic. Deși ambele forme au aceleași trăsături în ceea ce privește desconsiderarea față de alții, indulgența de sine și îngâmfarea, din grupul Vulnerabilitate–Sensibilitate fac parte persoane caracterizate ca introvertite, defensive, anxioase și vulnerabile la traume, în timp ce indivizii din grupul Grandiozitate–Exhibiționism sunt extravertiți, siguri de sine, exhibiționiști și agresivi. Dickinson și Pincus (2003) au confirmat, de asemenea, distincția, remarcând similaritățile dintre narcisiștii hipervigilenți și indivizii cu tulburare de personalitate evitantă.

Dovezi empirice suplimentare ale celor două subtipuri de personalitate narcisică au fost date de către un studiu pe 701 studenți (Hibbard, 1992). Subiecții au completat chestionare pentru opt scale care măsurau narcisismul, relațiile de obiect, masochismul și rușinea. Narcisiștii au format două subgrupuri diferite, un subgrup vulnerabil și un subgrup „falic", grandios. Sentimentul de rușine a fost elementul central pentru împărțirea în cele două grupuri — s-a corelat pozitiv cu tipul vulnerabil și negativ cu cel grandios.

Narcisistul neatent sau deschis poate profesa foarte bine, în comparație cu indivizii hipervigilenți sau închiși. Într-un studiu pe 262 de studenți, Rose (2002) a găsit că narcisiștii deschiși au realizat scoruri mari pentru trăsăturile de grandiozitate, exploatare și sentiment de îndreptățire, dar în același timp au avut scoruri mari și pentru fericire și stimă de sine. Cu alte cuvinte, tipul de personalitate narcisică deschisă poate deriva anumite beneficii psihologice din autodecepție, beneficii pe care persoanele obișnuite nu le au. Susținerea unor credințe nerealiste despre ei și considerarea celorlalți ca inferiori pot fi în folosul adaptării lor în general la viață, prin apărarea față de durere și rușine. Cei aparținând tipului închis s-au cotat ca având sentimente de inferioritate și nefericire, pentru că mecanismele lor de apărare împotriva rănirii narcisice sunt mult mai puțin dezvoltate.

Deși aceste două tipuri pot apărea și în formele lor pure, mulți pacienți prezintă un amestec de trăsături fenomenologice aparținând ambelor tipuri. Între aceste două limite ale liniei continuum-ului există

multi indivizi narcisici care sunt mult mai subtili din punct de vedere social și care au un mare șarm interpersonal.

16.2 Înțelegerea psihodinamică

În ultimele trei decenii, principala controversă în legătură cu înțelegerea teoretică a tulburării de personalitate narcisică s-a învârtit în jurul modelelor lui Kohut și Kernberg (Adler, 1986; Glassman, 1988; Heiserman și Cook, 1998; Josephs, 1995; Kernberg, 1974a, 1974b, 1988; Ornstein, 1974a, 1988). Pentru că teoria psihologiei Sinelui a lui Kohut a fost acoperită în detaliu în Capitolul 2, este doar schematic recapitulată aici. Kohut (1971, 1977, 1984) credea că indivizii narcisici sunt opriți în dezvoltare într-un stadiu care necesită anumite răspunsuri specifice de la persoanele din anturajul lor pentru a-și putea menține integritatea Sinelui. Când aceste răspunsuri nu se produc, indivizii sunt predispuși la fragmentarea Sinelui. Kohut a înțeles această stare de lucruri ca rezultat al eșecurilor empatice parentale. În mod special, acești părinți nu au reacționat cu aprobare și admirație fazei copilului de etalare a exhibiționismului, nu au oferit experiențe gemelare și nu i-au asigurat copilului modele demne de idealizare. Eșecurile se manifestă în tendințele pacienților de a realiza un proces de transfer în oglindă, gemelar sau idealizant.

Kohut a postulat teoria axei duble (vezi figura 2–5 din Capitolul 2) pentru a explica cum atât nevoile narcisice, cât și nevoile legate de relațiile de obiect pot coexista în cadrul aceluiași individ. Kohut a argumentat că, de-a lungul vieții noastre, suntem în căutarea răspunsurilor obiectelor Sinelui de la oamenii din jurul nostru. Cu alte cuvinte, la un anumit nivel, noi toți îi privim pe ceilalți nu ca pe persoane separate, ci ca pe surse de satisfacere a Sinelui. Nevoia pentru funcțiile consolante, recunoscătoare ale obiectelor Sinelui nu este niciodată excesivă. Scopul tratamentului este depășirea nevoii pentru obiecte de sine arhaice și îndreptarea spre abilitatea de a folosi obiecte ale Sinelui mai mature și mai potrivite.

Un exemplu de caz ilustrează cum se manifestă într-o situație clinică teoria psihologiei Sinelui.

> Dra DD era o femeie singură de 26 de ani, care a venit la tratament când relația sa de patru ani cu prietenul său s-a încheiat. A spus că respingerea lui față de ea a fost „devastatoare". Deși a negat orice fel de gânduri de suicid, ea a spus că nu se mai simțea în viață fără el și, deși trecuse un an de la despărțire, nu reușise să depășească

acest moment. Se simțea singură și fără scop. A continuat să meargă la serviciu, dar când ajungea acasă seara stătea în apartament uitându-se în gol sau la televizor. Pe timpul zilei, când era la serviciu, se simțea complet detașată de ceea ce făcea, ca și când era pe „pilot-automat". Spunea în mod repetat că simte nevoia să se „conecteze" din nou la prietenul ei pentru a se simți din nou în viață. Îi era dor să fie mângâiată pe cap de el pentru a se liniști, când venea acasă anxioasă de la serviciu. Pe un ton chinuit a spus: „Fără el, nu sunt nimic, nu mă pot consola". Îi lipseau simptomele necesare pentru un diagnostic de episod depresiv major pe Axa I, dar se descria ca deprimată și goală pe dinăuntru.

A urmat ședințe cu terapeutul ei timp de câteva săptămâni și a raportat că începea „să se simtă în viață din nou". Dra DD a spus că simte că se „conectează" cu terapeutul. Avea tendința să interpreteze greșit comentariile terapeutului ca însemnând că acesta era pe punctul să o respingă în orice moment. L-a întrebat pe terapeut dacă ar vrea să mărească numărul de ședințe de la două la cinci pe săptămână, astfel încât să îl vadă în fiecare zi de lucru. Terapeutul, pe de altă parte, credea că tot ceea ce făcea era să o asculte. El i-a spus supervizorului său: „Nu cred că este interesată de ceea ce spun. Se mulțumește doar să îi acord toată atenția mea".

Formulările teoretice ale lui Kernberg (1970, 1974a, 1974b, 1984, 1998) diferă profund de cele ale lui Kohut (Tabel 16–3). Diferența teoretică majoră în conceptualizarea tulburării de personalitate narcisică poate fi legată de faptul că au studiat populații diferite de pacienți. Eșantionul lui Kohut a constat din pacienți nespitalizați care funcționau bine și care își permiteau financiar psihanaliza. În general, erau oameni cu profesii, care descriau sentimente vagi de nulitate și depresie și probleme particulare de relaționare. Ei se străduiau să-și mențină stima de sine profesională și aveau tendința să se simtă desconsiderați de către alții (Kohut, 1971). Kernberg, pe de altă parte, întotdeauna a lucrat în centre universitare conectate cu spitalele și și-a bazat cadrul conceptual pe un amestec de pacienți spitalizați și nespitalizați. Descrierile lui clinice ilustrează pacienți care sunt mai primitivi, mai aroganți, mai agresivi (adesea cu trăsături antisociale) și mai grandioși (deși grandiozitatea poate alterna cu timiditatea) decât cei descriși de Kohut.

Kohut (1971) a diferențiat tulburarea de personalitate narcisică de personalitatea borderline. El a văzut pacientul borderline ca neavând o suficientă coeziune a Sinelui pentru a putea fi analizat. Diagnosticul său de personalitate narcisică se baza pe dezvoltarea unui transfer în oglindă sau a unui transfer idealizant în contextul unei analize de probă. Spre deosebire de el, Kernberg (1970) a văzut organizarea defensivă a personalității narcisice frapant de asemănătoare cu cea a tulburării de personalitate borderline. De fapt, el a văzut-o ca pe unul dintre tipurile de personalitate care funcționează la un nivel de graniță al organizării

Tabel 16-3. Înțelegerea dinamică a tulburării de personalitate narcisică — Kohut versus Kernberg

Kohut	Kernberg
Își bazează teoria pe persoane cu o funcționare relativ bună, a căror stimă de sine este vulnerabilă la desconsiderări — toți pacienți nespitalizați	Își bazează teoria pe pacienți spitalizați sau nespitalizați, majoritatea primitivi, agresivi și aroganți, cu o grandiozitate trufașă coexistând cu timiditatea
Diferențiază personalitatea narcisică de stările borderline	Definește personalitatea narcisică drept o subcategorie izbitor de similară cu personalitatea borderline (deși majoritatea au funcționări ale Eului mai bune decât pacienții borderline, unii funcționează la un nivel borderline deschis)
Nu definește lumea internă a personalității narcisice pentru că accentul este pe internalizarea funcțiilor lipsă	Descrie mecanisme de apărare primitive și relații de obiect tipice tulburării de personalitate borderline
Definește Sinele ca pe o structură înalt patologică compusă din fuziunea Sinelui ideal, obiectului ideal și Sinelui real	Definește Sinele arhaic „normal" ca oprit din dezvoltare
Privește Sinele grandios ca pe un mecanism de *apărare* împotriva investiției în alții sau dependenței de alții	Privește Sinele ca nondefensiv
Se axează în principal pe aspecte ale libidoului/idealizării, cu agresiunea conceptualizată ca *secundară* leziunii narcisice	Pune accentul pe invidie și agresiune
Ia drept bun idealizarea ca pe o fază de dezvoltare normală menită a recupera structura psihică pierdută	Vede idealizarea ca mecanism de apărare împotriva furiei, invidiei, disprețului și devalorizării

personalității (vezi Capitolul 15). A diferențiat tulburarea de personalitate narcisică de personalitatea borderline pe baza Sinelui integrat, dar grandios patologic. Această structură este o fuziune între Sinele ideal, obiectul ideal și Sinele real. Această fuziune are drept rezultat o devalorizare distructivă a imaginilor obiectelor. Pacienții cu tulburare de personalitate narcisică se identifică cu o imagine de sine

idealizată pentru a nega dependența de obiectele externe (alți oameni) și de imaginile interne ale acestor obiecte. În același timp, ei neagă trăsăturile inacceptabile ale propriilor imagini ale Sinelui proiectându-le asupra altora.

Sinele grandios patologic explică paradoxul funcționării relativ bune a Eului în prezența unor mecanisme de apărare primitive (clivajul, identificarea proiectivă, omnipotența, devalorizarea, idealizarea și negarea), tipice pentru pacientul borderline. Cu alte cuvinte, în timp ce pacienții borderline tind să aibă reprezentări ale Sinelui alternante care îi fac să pară total diferiți de la o zi la alta, pacienții narcisici au un nivel de funcționare mai consistent și mai lin datorită unui Sine patologic integrat. De asemenea, indivizii cu personalitate borderline sunt mai predispuși să aibă probleme legate de slăbiciunile Eului, cum ar fi control slab al impulsurilor și toleranță scăzută pentru anxietate. Aceste slăbiciuni ale Eului sunt mult mai rare la personalitățile narcisice datorită funcționării mai line a structurilor Sinelui. Totuși Kernberg a adăugat că unii pacienți narcisici funcționează la un nivel manifest borderline. Acești pacienți au grandiozitatea și aroganța unei personalități narcisice, cu un control slab al impulsurilor și relațiile de obiect caleidoscopice tipice pacienților borderline. Acest grup necesită ocazional spitalizare. (Tratamentul pe parcursul spitalizării, pentru acești pacienți, este similar tratamentului pacienților borderline discutat în Capitolul 15. Tratamentul în spital al pacienților narcisici cu trăsături antisociale serioase este descris în Capitolul 17.)

Descrierea amănunțită a constelației de mecanisme de apărare ale pacientului narcisic și a relațiilor de obiect oferită de Kernberg este în opoziție cu tendința lui Kohut de a lăsa nedefinită lumea interioară a pacientului narcisic. Kohut a pus accentul pe internalizarea funcțiilor lipsă de la persoanele din mediul apropiat, el fiind mai puțin preocupat de structura intrapsihică a pacientului. El a conceptualizat Sinele narcisic ca pe un Sine arhaic „normal", care este pur și simplu înghețat de-a lungul dezvoltării — cu alte cuvinte, pacientul este un copil într-un corp de adult. Spre deosebire de Kohut, Kernberg (1974a, 1974b) a văzut Sinele narcisic ca pe o structură înalt patologică ce nu se aseamănă deloc cu dezvoltarea normală a Sinelui copiilor. El a accentuat faptul că manifestarea exhibiționistă a Sinelui copiilor este încântătoare și drăgălașă, spre deosebire de lăcomia și pretențiile Sinelui patologic narcisic.

O altă diferență a abordărilor lor despre Sine se referă la funcționarea mecanismelor de apărare ale Sinelui. Kohut a văzut Sinele predominant nondefensiv (de ex., un Sine care se dezvoltă normal și care pur și simplu se împotmolește). Kernberg a văzut Sinele grandios patologic ca pe un mecanism de apărare împotriva investirii în ceilalți și în mod special împotriva dependenței de ceilalți. Această caracteristică se poate

manifesta sub forma unei pseudosuficiențe a Sinelui, prin care pacientul neagă orice nevoie pentru ocrotire, în același timp încercând să-i impresioneze pe ceilalți și să câștige recunoaștere. Pacienții narcisici insistă în mod frecvent, de exemplu, că nu au nici un fel de reacție la concediile terapeutului lor.

Părea lui Kohut despre personalitatea narcisică este probabil mai caritabilă decât cea a lui Kernberg. El se axează în principal pe dorințele din copilărie pentru anumite reacții parentale. Agresiunea este văzută ca un fenomen *secundar* (de ex., furia narcisică drept răspuns la nesatisfacerea nevoilor de oglindire și idealizare). În acest sens, Kohut a văzut agresiunea ca pe o reacție perfect de înțeles la eșecurile parentale. Kernberg a văzut agresiunea ca pe un factor mult mai important. Nivelul exagerat de crescut al agresiunii face ca pacientul narcisic să aibă un rol distructiv asupra celorlalți. Din perspectiva lui Kernberg (1970), etiologia acestei agresiuni poate fi fie constituțională, fie dobândită. S-a observat totuși că mai degrabă izvorăște din interior decât să fie o reacție obișnuită la eșecurile externe ale altora. O manifestare a agresiunii pacientului narcisic este invidia cronică marcată (Kernberg, 1974b), care determină pacientul să vrea să strice și să distrugă bunurile celorlalți. Deși Kohut nu a văzut invidia ca având un rol central, Kernberg a descris acești pacienți ca aflându-se în permanentă comparație cu ceilalți, doar pentru a fi chinuiți de sentimentele de inferioritate și dorințele puternice de a avea ceea ce au alții. Devalorizarea celorlalți pentru a face față invidiei față de ei este asociată cu golirea lumii interne a reprezentărilor obiectelor și lăsarea pacientului într-un sentiment de gol intern (Kernberg, 1998). Acest sentiment de nulitate poate fi compensat doar de permanenta admirație și recunoaștere a celorlalți și controlul omnipotent asupra acestora, pentru ca funcționarea lor liberă și autonomă să nu creeze alte invidii.

Idealizarea a fost văzută diferit de către Kohut și Kernberg. Kohut a văzut idealizarea din transfer ca pe o recapitulare a fazei normale de dezvoltare. În loc să o eticheteze drept atitudine defensivă, el a văzut-o ca pe o metodă de a recupera organizarea psihică pierdută. Fundamental pentru punctul de vedere al lui Kohut este noțiunea că individul narcisic este incomplet fără un obiect al Sinelui. Kernberg a văzut idealizarea ca pe un mecanism de apărare împotriva sentimentelor negative, inclusiv furia, invidia, disprețul și devalorizarea.

În lumina acestor diferențe punctuale dintre Kohut și Kernberg, este clar faptul că Kernberg a descris pacienți care erau mult mai apropiați de tipul neatent, în timp ce Kernberg a descris pacienți care se apropiau mai mult de tipul hipervigilent. Pacienții narcisici descriși de Kernberg frecvent par să aibă cele mai superficiale forme de relații de obiect. Dacă pacientul este bărbat, avem un sindrom de „Don Juan", în care el seduce în mod sistematic femei și apoi le părăsește când idealizarea lui asupra

lor se transformă în devalorizare. Deoarece vede femeile doar ca pe cuceriri, el nu are capacitatea de a empatiza cu experiențele lor interne. Aceste persoane nu țin cont de ceea ce spun ceilalți decât dacă este ceva măgulitor pentru ei. Deși acești pacienți sunt în general bărbați, și femeile pot avea o patologie narcisică asemănătoare.

Dna EE era o actriță extraordinar de fermecătoare. Ea a avut un succes foarte mare ca actriță deoarece carisma de care dădea dovadă pe scenă i-a adus multe aplauze și recunoaștere din partea publicului. Totuși a venit la medic pentru că relațiile ei cu bărbații au lăsat-o cu sentimentul că nu va găsi niciodată persoana potrivită pentru ea. A descris o pierdere rapidă a interesului pentru fiecare partener după o perioadă inițială de idealizare. S-a plâns că bărbații erau mereu preocupați de propriile interese și nu îi acordau suficientă atenție. Ultima ei relație s-a terminat când partenerul a explodat și i-a spus: „Nici un bărbat nu va putea să îți acorde vreodată atenția pe care o vrei. Singura situație de acest fel se poate vedea între mamă și copilul ei!". Această afirmație a iritat-o pe dna EE și a făcut-o să reflecteze că psihoterapia ar putea-o ajuta. Ea practic descria o inabilitate de a mentaliza și a aprecia subiectivitatea individuală a partenerilor săi împreună cu nevoile și interesele acestora, nevoi și interese care nu o implicau și pe ea.

Unii observatori au speculat că bărbații au o probabilitate mai mare de a avea o natură narcisică decât femeile datorită unor stereotipii culturale legate de sexe. Totuși, un studiu empiric pe 665 de studenți (Klonsky et al., 2002) a găsit că aceste presupuneri nu au poate nici o garanție. În acest studiu, subiecții care s-au comportat într-un mod adecvat sexului lor au prezentat mai multe trăsături narcisice, fie că erau bărbați sau femei. Autorii au speculat că pot fi modalități masculine și feminine de a fi narcisic, modalități care pot reflecta stereotipiile culturale sexuale.

Controversa Kohut–Kernberg continuă să ardă cu foc mocnit, cu susținători în ambele tabere care consideră că experiența clinică le validează perspectiva lor teoretică favorită. În practică, unii pacienți narcisici par să se încadreze mai bine într-un tipar decât în altul. Gama largă de pacienți delimitați de termenul *tulburare de personalitate narcisică* are nevoie de mai mult decât o singură perspectivă teoretică pentru a putea fi înțeleasă. Într-un efort de cercetare pentru a valida cele două constructe, s-au găsit date concordante cu ambele teorii, dar s-a sugerat că cea mai parcimonioasă explicație este considerarea modelului lui Kohut ca un caz special al teoriei mai generale a lui Kernberg despre psihologia Eului — relațiile de obiect (Glassman, 1988).

Dezbaterea teoretică dintre Kohut și Kernberg adesea pune în umbră alte contribuții creative la înțelegerea tulburării de personalitate narcisice. Într-o serie de lucrări, Rinsley (1980, 1984, 1985, 1989) a legat originile tulburării de personalitate narcisice de modelul de dezvoltare

al lui Mahler (Mahler et al., 1975). El a postulat că, pe când pacientul borderline are o oprire în dezvoltare atât la procesul de separare, cât și la cel de individualizare, care atinge un vârf pe parcursul subfazei de reapropiere (vezi Capitolele 2 și 15), pacientul narcisic poate fi caracterizat ca având o disociere de dezvoltare a celor două subprocese — individualizarea a putut continua pe când separarea s-a oprit. Acest scenariu de dezvoltare conduce la un copil „pseudomatur" care înțelege că are voie să se separe psihologic de mama sa doar dacă toate realizările sale ulterioare sunt în cele din urmă în legătură cu ea. Explicația lui Rinsley este în concordanță cu observația lui Kernberg că în anumite arii pacientul narcisic poate funcționa ușor și chiar poate obține reușite importante profesionale, având în continuare relații de obiect foarte problematice.

Rothstein (1980) a încercat să înțeleagă tulburarea de personalitate narcisică în cadrul modelului structural al lui Freud (vezi Capitolul 2). El a definit narcisismul ca fiind „o calitate simțită a perfecțiunii", un aspect universal al psihicului uman. Această stare perfectă poate fi integrată atât cu un Eu sănătos, cât și cu unul patologic — natura Eului stabilește dacă narcisismul este patologic sau sănătos.

Modell (1976) a folosit metafora unei larve pentru a descrie sentimentul de nerelaționare cu mediul al individului narcisic. Această larvă este ca o iluzie de autosuficiență omnipotentă, întărită de fantasme grandioase, care posibil au fost inițiate de către o mamă care avea o vedere grandioasă asupra capacităților copilului ei. Modell credea că o fațadă necomunicativă și nerelațională reflectă frica de contopire de care pacientul trebuie să se apere. Sarcina terapeutului este de a crea un mediu primitor (Winnicott, 1965) pentru a permite procesului de dezvoltare să continue, la fel ca în tratamentul tulburărilor de personalitate schizoidă (descrisă în Capitolul 14).

Teoria atașamentului poate, de asemenea, să fie aplicată ca un cadru conceptual folositor. Narcisiștii neatenți pot fi priviți ca având o capacitate deficitară de a mentaliza, pentru că ei nu se pot acorda la mintea celeilalte persoane spre a înțelege impactul pe care îl au. Narcisiștii hipervigilenți au, de asemenea, dificultăți în mentalizare, prin faptul că ei interpretează greșit experiențele celorlalți. Presupunerea lor de leziune narcisică în comentariile sau comportamentul terapeutului, spre exemplu, este reflectată ca un eșec de a vedea terapeutul ca având o minte separată și diferită de a lor. Trăirile de rușine și umilință au fost probabil traumatizante pe parcursul copilăriei, astfel încât narcisistul neatent și-a închis curiozitatea față de reacțiile interne ale altor persoane ca o cale pentru a evita alte experiențe de rușine. Pe de altă parte, narcisistul hipervigilent încearcă să mențină o iluzie a controlului față de aceste experiențe, *anticipându-le*. Mentalizarea greșită duce în mod paradoxal la alte experiențe umilitoare și producătoare de rușine, pentru

că ceilalți se simt neînțeleși și acuzați pe nedrept atunci când comportamentul lor este interpretat greșit.

16.3 Abordări terapeutice

16.3.1 Psihoterapia și psihanaliza individuală

Tehnica

Atât Kernberg, cât și Kohut au crezut că psihanaliza este tratamentul de elecție pentru majoritatea pacienților cu tulburare de personalitate narcisică. Din cauza limitărilor financiare și de timp, mulți dintre acești pacienți sunt văzuți și în terapiile expresiv-suportive cu o predominanță a tehnicilor expresive, în ședințe săptămânale sau bisăptămânale. Sugestiile de tehnică specifice lui Kohut și Kernberg reflectă conceptualizările lor teoretice diferite.

Pentru Kohut, empatia este elementul fundamental al tehnicii (Ornstein, 1974b, 1998). Terapeuții trebuie să empatizeze cu încercarea pacientului de a reactiva o relație parentală eșuată, constrângând terapeutul să îndeplinească nevoia pacientului pentru afirmare (transferul în oglindă), pentru idealizare (transferul idealizant) sau de a fi asemenea terapeutului (transferul gemelar). Apariția acestor transferuri ale obiectelor Sinelui nu ar trebui să fie interpretată prematur. Kohut accentuează faptul că empatizarea cu pacientul ca victimă a eșecurilor empatice cu ceilalți nu implică o tehnică predominant suportivă. El a subliniat că analistul sau terapeutul trebuie să interpreteze — mai degrabă decât să satisfacă activ — dorința pacientului de a fi consolat (Kohut, 1984). O afirmație tipică poate suna: „Este dureros când nu ești tratat așa cum simți că meriți să fii".

În ciuda insistenței lui Kohut că abordarea sa nu se abate radical de la tehnica psihanalitică clasică, sugestiile sale așa cum au fost descrise de elevii săi (Miller, 1985) au dezvăluit diferențe fundamentale față de aceasta. El a sfătuit analiștii să ia materialul analitic într-o manieră „directă", exact așa cum a fost trăit de către pacient. Terapeutul poate astfel evita repetarea eșecurilor empatice ale părinților, care adesea încearcă să convingă copilul că sentimentele lui sunt *diferite* de ceea ce el descrie. Kohut indică faptul că dacă această abordare directă nu dă roade, se poate inversa sau se pot căuta înțelesuri ascunse în spatele acestor sentimente de „cvasiexperiență". Această abordare este strâns legată de părerea lui Kohut despre „rezistență" ca o activitate psihică ce veghează asupra coeziunii Sinelui (vezi Capitolul 2).

Kohut era receptiv la identificarea fragmentării Sinelui în sesiunile terapeutice sau analitice. Când această fragmentare apare, terapeutul trebuie să se concentreze pe evenimentul precipitant, și nu pe conținutul fragmentării (Miller, 1985; Ornstein, 1974a). De exemplu, după ce un elev al lui Kohut a strănutat într-o ședință terapeutică, iar pacientul nu a mai putut să continue, Kohut l-a sfătuit pe analist să se concentreze mai degrabă pe naturalețea reacției pacientului la acest stimul neașteptat, decât pe sensibilitatea specială a pacientului la stimul (Miller, 1985). Această concentrare este menită să rămână în acord cu o premisă generală a psihologiei Sinelui că terapeuții trebuie să fie în permanență acordați la pacienți atunci când recapitulează traumele infantile trăite cu părinții. Kohut credea că pacientul are întotdeauna dreptate; dacă pacientul se simte dezamăgit sau rănit, este de presupus că analistul sau terapeutul a făcut o greșeală. El a observat că frecvent pacienții se simt expuși și rușinați când analistul acordă atenție unor „scăpări de cuvinte", așa că nu a pus accent pe interpretarea actelor ratate. Kohut a fost întotdeauna atent la predispoziția pacienților narcisici de a se simți rușinați. Terapeutul trebuie să evite ocolirea experiențelor subiective conștiente ale pacientului pentru a se adresa materialului inconștient din afara conștienței pacientului. Interpretarea motivelor inconștiente îl va face pe pacient doar să se simtă „prins", neînțeles și rușinat.

Kohut a subliniat importanța observării părții *pozitive* a experiențelor pacientului și a evitat cu atenție comentariile care ar fi putut fi percepute ca extrem de critice. El a acordat atenție progreselor pacientului și a evitat punerea de întrebări. El credea că este treaba terapeutului să înțeleagă, nu a pacientului (Miller, 1985).

Kohut a afirmat că scopul tratamentului psihanalitic și psihoterapeutic al tulburării de personalitate narcisică este să ajute pacientul să caute și să identifice obiecte adecvate ale Sinelui. Kohut credea că profesioniștii de sănătatea mintală tind să supraaprecieze separarea și autonomia. Era preocupat că terapeuții vor folosi un ton moralizator pentru a induce pacienților ideea că *ar trebui* să devină mai independenți.

Abordarea lui Kohut a fost criticată în numeroase rânduri. Reducerea întregii psihopatologii la eșecurile empatice din partea părinților a fost criticată că este simplificată la „vina parentală" și că este incompatibilă cu principiul fundamental psihanalitic al determinismului multiplu (Curtis, 1985; Stein, 1979). Accentul său pe „cvasiexperiențe" în tehnica terapeutică a fost, de asemenea, criticat ca având potențialul de a trece cu vederea aspecte inconștiente importante care ar trebui abordate pe parcursul terapiei (Curtis, 1985). În cele din urmă, tendința lui Kohut de a privi furia ca un produs al dezintegrării Sinelui poate subestima rolul jucat de conflictele interne (Cohen, 2002).

Tabel 16–4. Tehnici psihoterapeutice — Kohut versus Kernberg.

Kohut	Kernberg
Consideră transferul în oglindă și transferul idealizant ca doi poli diferiți ai unui Sine bipolar (Kohut, 1977) sau tripolar (Kohut, 1984)	Consideră oglindirea și idealizarea ca aspecte ale transferului legat de proiecția și reintroiecția Sinelui grandios al pacientului
Acceptă idealizarea pacientului ca pe o nevoie normală de dezvoltare	Interpretează idealizarea ca pe o metodă de apărare
Empatizează cu sentimentele pacientului ca o reacție de înțeles la eșecurile părinților și ale altora	Ajută pacientul să vadă propria contribuție la problemele relaționale
Ia comentariile pacientului drept bune, văzând rezistența ca pe o activitate psihică sănătoasă care protejează Sinele	Confruntă și interpretează rezistențele ca pe manevre de apărare
Privește aspectele pozitive ale experiențelor pacientului	Examinează atât aspectele pozitive, cât și pe cele negative ale experienței pacientului (dacă doar aspectele pozitive sunt accentuate, pacientul poate dezvolta o frică crescută la invidia și furia interne)
Acordă atenție progreselor pacientului	Se concentrează pe invidie și pe cum îl ferește pe pacient de recunoașterea și primirea ajutorului
Scopul tratamentului este să ajute pacientul să dobândească abilitatea de a identifica și a căuta obiecte ale Sinelui adecvate	Scopul tratamentului este să ajute pacientul să dezvolte sentimente de vină și îngrijorare față de alții și să integreze idealizarea și încrederea cu furia și disprețul

Kernberg (1974a, 1974b) a observat unele dintre fenomenele de transfer ale lui Kohut, dar a considerat că sunt indicate alte tehnici terapeutice. De exemplu, el a conceptualizat transferul în oglindă și cel idealizant într-o formă mult mai parcimonioasă (Tabel 16–4). Kernberg a văzut Sinele grandios al pacientului ca fiind alternativ proiectat și reintroiectat, astfel încât o figură idealizată este mereu prezentă în timp ce cealaltă figură este devalorizată și în umbra persoanei idealizate. El a văzut, de asemenea, idealizarea ca pe o măsură de apărare frecventă care implică clivajul. Cu alte cuvinte, pentru că idealizarea terapeutului poate fi modalitatea pacientului de a se apăra împotriva sentimentelor

clivate de dispreț, invidie și furie, terapeutul trebuie să interpreteze idealizarea ca pe un mecanism de apărare, și nu doar să o accepte ca pe o nevoie normală de dezvoltare, așa cum susținea Kohut.

Abordarea lui Kernberg, în general, are un caracter mai accentuat de confruntare decât cea a lui Kohut. Convins că lăcomia și cererile, tipice tulburării de personalitate narcisică, nu sunt doar simple aspecte ale dezvoltării normale, Kernberg credea că aceste trăsături trebuie confruntate și examinate din punctul de vedere al impactului lor asupra celorlalți. În timp ce Kohut punea accentul pe părțile pozitive ale experiențelor pacientului, Kernberg credea că procesele de transfer negative timpurii trebuie să fie examinate și interpretate sistematic. Kernberg a accentuat faptul că terapeutul trebuie să se concentreze pe invidie și pe felul în care aceasta îl ferește pe pacient să primească sau să recunoască ajutorul. Când pacienții primesc ceva pozitiv de la terapeutul lor, adesea acest lucru le mărește invidia, pentru că generează sentimente de insuficiență sau de inferioritate ca răspuns la capacitatea terapeutului de a fi înțelegător și ocrotitor. Un model de interpretare poate suna așa: „Pentru a evita sentimentele dureroase de invidie, s-ar putea să aveți nevoie să dați la o parte comentariile mele ca ridicole și fără sens".

Deși Kernberg este considerat adesea în mod eronat ca abordând exclusiv transferul negativ, de fapt el a militat pentru o examinare sistematică atât a proceselor de transfer negative, cât și a celor pozitive (Kernberg, 1974b). El a avertizat terapeuții care se adresează doar aspectelor pozitive ale transferului că pot în mod inconștient să crească frica pacienților de propria lor invidie și furie. Un pacient care crede că terapeutul său nu poate să facă față acestor aspecte le poate cliva și ține în afara procesului terapeutic.

Kernberg diferă semnificativ de Kohut și în ceea ce privește scopurile tratamentului. În timp ce tehnica lui Kohut implică faptul că esența curei terapeutice nu este în sfera cognitivă, Kernberg crede că o înțelegere cognitivă prin intermediul procesului interpretativ este crucială succesului terapeutic. Scopul tratamentului pentru Kernberg (1970) include dezvoltarea sentimentului de vină și îngrijorare față de alții și integrarea idealizării și încrederii cu furia și disprețul (de ex., integrarea aspectelor „bune" ale experienței cu cele „rele").

Kernberg a considerat pacienții cu tulburare de personalitate narcisică printre pacienții cel mai greu de tratat, pentru că mare parte din efortul lor se consumă în încercarea de a învinge terapeutul. Pentru ca tratamentul și terapeutul să fie eficienți, acești pacienți trebuie să facă față sentimentelor puternice de invidie că altcineva are anumite calități de care ei nu dispun. Pacientul folosește într-o măsură defensivă devalorizarea și controlul omnipotent pentru a ține la distanță terapeutul. Kernberg credea că, pentru ca tratamentul să fie viabil, aceste

manevre defensive trebuie să fie în permanență confruntate. Un pacient cu trăsături semnificativ antisociale (care sunt frecvente la pacienții narcisici) poate fi pur și simplu netratabil. (Factorii care determină tratabilitatea pacienților antisociali sunt discutați în detaliu în Capitolul 17.) Totuși câțiva factori pot sugera un prognostic favorabil (Kernberg 1970): abilități în tolerarea depresiei și durerii, mai multe tendințe spre vină decât tendințe paranoide în procesul de transfer, abilități de a sublima pornirile primitive, un control relativ bun al impulsurilor și o bună motivație. Pacienții care caută terapie sau analiză doar ca pe o modalitate de antrenament sau pentru că cred că acest lucru le va oferi mai mult prestigiu în ochii altora pot prezenta o rezistență formidabilă, care va contribui la un prognostic mai puțin favorabil.

La subgrupul de pacienți tocmai menționat, care operează la un nivel borderline deschis, Kernberg (1984) a arătat că o terapie cu adevărat suportivă este mult mai eficientă decât o analiză expresivă sau terapie. Această abordare ar trebui probabil combinată cu spitalizare dacă slăbiciunile Eului, cum ar fi în special lipsa de control al impulsurilor, sunt severe. Printre indicațiile terapiei suportive pentru tulburarea de personalitate narcisică se numără sadismul și răutatea excesivă, trăsături antisociale proeminente, practic nici un fel de implicare cu alte persoane, reacții paranoide intense față de alții și o predispoziție pentru furie cronică ce este întotdeauna raționalizată ca fiind vina altcuiva. Pe parcursul acestor procese suportive, Kernberg (1984) a arătat că pacienții pot câștiga anumite însușiri pozitive de la terapeutul lor, „furându-le" de la acesta. Pentru că această identificare cu terapeutul poate ajuta pacienții să funcționeze mai bine, este preferabil ca acest proces să rămână neinterpretat.

Criticii abordării lui Kernberg au comentat că interferează cu dezvoltarea naturală a transferului obiectelor Sinelui. Unii chiar au sugerat că o confruntare agresivă a agresivității orale a pacienților poate conduce la deteriorarea lor funcțională (Brandschaft și Stolorow, 1984). În acest fel, imaginea borderline a furiei, disprețului și devalorizării este un artefact al leziunii narcisice induse de „intervențiile critice" ale terapeutului. Ca urmare, diferențele dintre pacienții descriși de Kernberg și Kohut pot fi văzute ca parțial rezultând din factori iatrogeni (Adler, 1986).

Psihoterapeuții aflați în fața sarcinii formidabile de a trata pacienții narcisici trebuie să evite o abordare strictă a uneia dintre cele două teorii. Decât să rămână obsedați de întrebarea „care este cea mai bună", terapeuții trebuie mai degrabă să asculte cu atenție pacienții, să observe procesele de transfer și contratransfer și să urmărească reacțiile la intervențiile terapeutice. În acest fel, terapeuții vor ajunge la o concluzie temporară despre modelul teoretic și tehnic care este mai de ajutor pentru pacientul respectiv. Unii pacienți nu vor tolera

decât o abordare empatică, de „cvasiexperiență", bazată pe modelul lui Kohut. Orice abatere de la acest model va fi urmată de o „închidere" prelungită, cu refuzul pacientului de a mai vorbi, simțindu-se neînțeles, și chiar cu o decizie bruscă de terminare a terapiei. În alte cazuri, pacientul se poate simți înțeles prin interpretările invidiei și disprețului și astfel poate răspunde mai bine la tehnica lui Kernberg. Unii pacienți narcisici nu dezvoltă nici unul dintre procesele de transfer ale obiectelor Sinelui descrise de Kohut, în schimb privesc terapeutul cu devalorizare continuă și furie. În unele cazuri, terapeutul trebuie să interpreteze și să confrunte aceste atacuri verbale deschise sau pacientul va considera din ce în ce mai dificil până aproape de imposibil să mai continue terapia. Mitchell (1988) a subliniat faptul că este eronat să privim abordarea lui Kohut ca fiind mai empatică decât cea a lui Kernberg. Ambele răspund empatic la diferite dimensiuni ale pacientului.

Totuși alți pacienți pot beneficia de o combinație a celor două strategii. Deși puriștii vor argumenta că ambele teorii sunt incompatibile, pacientul nu este conștient de teorii. În plus, terapeutul tratează pacienți, nu teorii. Mulți pacienți au nevoie de tehnica abordării psihologiei Sinelui devreme în cadrul terapiei, pentru că îi ajută la stabilirea unei alianțe terapeutice bazate pe faptul că terapeutul îi înțelege și empatizează cu sentimentul de victimizare. După ce o alianță este stabilită, terapeutul poate începe să confrunte pacienții cu propriile contribuții la dificultățile lor interpersonale, cum ar fi așteptările exagerate pe care alții nu le pot îndeplini. Practic, patologia narcisică rar poate fi conceptualizată ca fiind în întregime vina părinților sau a pacientului. Mai frecvent, ambele părți au contribuit la aceste dificultăți și o terapie cuprinzătoare trebuie să se adreseze acestor probleme din ambele puncte de vedere. Într-adevăr, majoritatea analiștilor și a altor clinicieni orientați dinamic funcționează undeva la mijloc între cele două extreme (Gabbard, 1998; Mitchell, 1988). Josephs (1995) a sugerat că, deși empatia pentru nevoile de obiecte ale Sinelui arhaic ale pacientului este de ajutor la început, în cele din urmă trebuie contrabalansată prin interpretarea mecanismelor de apărare ale proceselor de transfer ale obiectelor Sinelui.

Folosind un model bazat pe mentalizare, terapeuții pot ajuta pacienții să utilizeze unele dintre strategiile descrise în Capitolul 15 cu pacienții borderline. Accentul va fi pus pe promovarea unui sentiment de atașament sigur cu pacienții hipervigilenți astfel încât nivelul lor de excitație să scadă la un nivel mai apropiat reflecției (Allen, 2003). Atât în cazul narcisiștilor neatenți, cât și în al celor hipervigilenți, terapeuții vor dori să exploreze fantasmelor pacientului despre starea internă a terapeutului. Terapeuții îi vor încuraja pe narcisiștii neatenți, în particular, să devină mai curioși să afle cum comportamentul și comentariile

lor îi afectează pe alții. Alte tehnici folositoare sunt identificarea sentimentelor pacientului și interogarea acestuia despre alte posibilități care ar putea fi luate în considerare, când aceștia sunt convinși că știu gândurile terapeutului.

În cele din urmă, nu trebuie să considerăm că etiologia și patogeneza caracterului narcisic se vor încadra întotdeauna în schemele teoretice ale lui Kohut și Kernberg. Spre deosebire de eșecuri empatice, unii părinți ai pacienților narcisici tind să fie prea indulgenți. Ei par să încurajeze grandoarea prin intermediul unui model de oglindire excesivă. Acești părinți își învăluie copiii în admirație și recunoaștere, făcându-i să se simtă cu adevărat speciali și dotați. Când acești copii cresc, ei sunt frecvent afectați pentru că ceilalți nu le răspund în același mod în care le răspundeau părinții. În alte cazuri, incestul mamă–fiu sau variante ale acestuia pot produce o imagine narcisică a tipului hipervigilent (Gabbard și Twemlow, 1994). Acești pacienți au o imagine grandioasă despre sine și se cred îndreptățiți să ocupe o poziție specială față de ceilalți, combinată cu o tendință paranoidă de a anticipa represaliile sau abandonul transgresiilor oedipale percepute. Terapeuții pot beneficia de avantajele abordării euristice a pacienților narcisici (vezi Capitolul 4); terapia trebuie să fie un efort de colaborare în care pacientul și terapeutul descoperă împreună originile dificultăților, fără forțarea rigidă a încadrării într-una din cele două teorii.

Contratransferul

În ciuda cadrului teoretic al terapeutului, anumite probleme previzibile de contratransfer apar pe parcursul tratamentului pacienților narcisici. Unele dintre acestea sunt suficient de mari și de intense pentru a submina situația tratamentului într-un mod irevocabil. În consecință, managementul optim pentru modelele de contratransfer nu poate fi evidențiat suficient de mult.

Deoarece contratransferul este legat inextricabil de transfer, o recapitulare a transferurilor narcisice ne poate ajuta să anticipăm multe dintre problemele de contratransfer care apar în tulburarea de personalitate narcisică. Tabelul 16–5 grupează principalele transferuri narcisice.

Există o mică întrebare că psihoterapia în calitate de carieră asigură o oportunitate de a satisface dorințele de a fi iubit, dorit și idealizat (Finell, 1985). În eforturile solicitante ale terapeutului de a obține un transfer idealizant de la pacientul narcisic, acesta se poate bucura de o aură de dragoste și căldură de o asemenea manieră, încât să conspire cu dorința pacientului de a exclude ura și furia din procesul terapeutic.

Tabel 16–5. Variante de transfer narcisic.

Nevoia de admirație și afirmare a terapeutului
Idealizarea terapeutului
Presupunerea unei relații gemelare între terapeut și pacient
Susceptibilitate de a se simți rușinat și umilit de către terapeut
Disprețul față de terapeut și devalorizarea acestuia, adesea legate de invidie
Negarea autonomiei terapeutului
Controlul omnipotent asupra terapeutului
Insistența asupra unei relații de diadă exclusiviste care nu permite existența unei a treia părți
Folosirea terapeutului ca instrument de rezonanță fără empatie față de experiența acestuia
Negarea dependenței de terapeut
Incapacitatea acceptării ajutorului din partea terapeutului

O dezvoltare frecventă în tratamentul pacienților narcisici este faptul că ei vor idealiza inițial terapeutul curent, devalorizându-i pe cei precedenți. În loc de a vedea acest proces ca pe o manevră defensivă, terapeuții care caută idealizarea pot pur și simplu să ia drept bună noțiunea că ei au acele calități unice care le lipseau terapeuților precedenți.

Problemele narcisice nu sunt domeniul exclusiv al tulburării de personalitate narcisică. Aceste aspecte există în toți pacienții și în toți terapeuții. Terapeuții care nu pot să accepte sau să conștientizeze propriile nevoi narcisice și să le stăpânească în actul terapeutic pot să le nege și să le externalizeze. Aceste apărări contribuie la o privire eronată a pacientului ca fiind singurul „purtător" de narcisism în diada pacient–terapeut.

O altă problemă de contratransfer care iese în mod periodic la suprafață în tratamentul pacienților narcisici este plictisul. Acesta apare de obicei dintr-un sentiment că pacientul nu este conștient sau uită de prezența terapeutului. În cazul perioadelor prelungite, terapeutul poate fi nevoit să tolereze sentimentul de „a fi folosit" pe post de instrument de rezonanță, de către pacient. Acest model este, în mod particular, tipic pacientului narcisic neatent care are un discurs formal ca și cum ar vorbi în fața unui public, ignorându-l astfel pe terapeut ca persoană separată, cu sentimente și gânduri separate.

Dl FF a venit la terapie după trei încercări precedente eșuate. Ultimul tratament a durat trei ani și a fost efectuat cu un terapeut din alt oraș. Dl FF a denigrat acea experiență terapeutică numind-o „o pierdere de timp" și nu a putut nici măcar să-și amintească numele terapeutului. (Aceste două semne, incapacitatea reamintirii numelui fostului terapeut și devalorizarea completă a experienței terapeutice

precedente, sunt adesea indicii de diagnostic al patologiei caracterului narcisic.) El a spus că „doctorul, nu știu cum îl cheamă", l-a întrerupt de numeroase ori și nu era un ascultător bun. Dl FF a ținut un discurs despre nevoia sa de un terapeut cu adevărat „special". El a speculat chiar faptul că s-ar putea să nu fie nici unul în oraș care chiar să-l înțeleagă.

În timp ce dl FF continua să „bată câmpii" timp de câteva săptămâni, terapeutului său a început să-i fie groază de fiecare ședință. Terapeutul s-a trezit că gândurile îi zboară la planurile pentru seară, la starea financiară, lucrările neterminate și o varietate de alte lucruri fără nici o legătură cu dl FF și problemele lui. Trăgea cu ochiul la ceas mai des decât de obicei, așteptând cu nerăbdare sfârșitul ședinței cu dl FF. Când terapeutul încerca să intervină, dl FF adesea ignora comentariile sale, spunând: „Lăsați-mă să-mi termin întâi șirul ideilor" sau „Da, sunt deja conștient de asta".

După întoarcerea din concediul de trei săptămâni, terapeutul a reluat ședințele cu dl FF. În prima ședință, pacientul a reluat discuția exact din punctul în care se întrerupsese în ședința anterioară, ca și când această pauză nu ar fi avut loc. Terapeutul, exasperat de sentimentul că el nu are nici un fel de importanță pentru pacient, a spus: „Vă comportați ca și cum ne-am fi văzut ieri. Nu a avut nici un impact pentru dumneavoastră această separare de mine de trei săptămâni?". Dl FF a detectat un ton critic, sarcastic în vocea terapeutului și a replicat: „Aveți aceeași problemă ca și terapeutul meu precedent. Întotdeauna vă introduceți aici pe dumneavoastră. Nu vă plătesc ca să vorbesc despre dumneavoastră sau sentimentele dumneavoastră. Sunt aici să vorbesc despre mine".

Noi toți avem nevoia de cineva care să aibă nevoie de noi, și este astfel dificil pentru terapeut să tolereze „existența satelit" (Kernberg, 1970) pe care mulți pacienți narcisici le-o atribuie. Acest sentiment de a fi exclus de către pacient poate reprezenta un proces de identificare proiectivă (Adler, 1986; Finell, 1985), în care pacientul exclude terapeutul la fel cum a fost și el exclus de către părinții săi. Pentru că pacientul narcisic tinde să trateze analistul ca pe o extensie a Sinelui, pacientul poate evoca anumite stări în analist, stări care reflectă propriile conflicte interne ale pacientului (Groopman și Cooper, 2001). Cu alte cuvinte, un anumit aspect al pacientului este proiectat în terapeut, care se identifică cu acest Sine înainte de a-l ajuta pe pacient să realizeze procesul de reintroiecție. Conținutul aspectului proiectat al pacientului poate fi o parte importantă a procesului terapeutic la pacienții narcisici. Înțelegerea acestui model poate feri terapeutul de retragerea din fața pacientului, de confruntarea sadică a acestuia sau de a se simți rănit și folosit de către pacient.

Tipul hipervigilent al personalității narcisice conduce terapeutul la confruntarea cu problemele de contratransfer ale sentimentului de a fi controlat. Când pacientul interpretează orice mișcare ca pe un semn de plictiseală sau respingere, terapeutul se poate simți con-

strâns să nu se miște și să își concentreze atenția în fiecare moment la pacient. Intervențiile menite să se adreseze acestei interacțiuni pot face față productiv acestei dezvoltări contratransferențiale. Un terapeut care lucrează din perspectiva lui Kernberg ar spune: „Se pare că aveți așteptări nerealiste că îi puteți controla pe ceilalți și că puteți să îi faceți să se comporte mai degrabă ca extensii ale dumneavoastră, decât să îi lăsați să vă răspundă conform propriilor nevoi". O intervenție din perspectiva psihologiei Sinelui poate suna astfel: „Se pare că vă rănesc sentimentele când îmi dreg vocea sau mă mișc în scaun, pentru că credeți că nu vă acord toată atenția". Indiferent de elementele pro și contra ale acestor două modele de intervenții, punctul principal este că astfel de comentarii aduc o interacțiune comportamentală asociată cu o reacție de contratransfer în domeniul verbal, unde poate fi discutată deschis ca o problemă între terapeut și pacient.

Terapeutul poate avea frecvent dificultăți cu sentimentele de contratransfer ca răspuns la devalorizarea intensă din partea pacientului.

> Dl GG era un pacient narcisic care funcționa la un nivel manifest borderline și care fusese spitalizat pentru abuzul de droguri. El a cerut barbiturice contra insomniei și a devenit furios când medicul său a refuzat să i le prescrie. De fiecare dată când medicul își făcea vizita la pacienți, dl GG îi făcea medicului diverse remarci: „Ești doar rezident și nu știi să te comporți cu pacienții. Când vei termina rezidențiatul nu vei avea nici un pacient, pentru că nu știi să te porți cu oamenii. În loc să-mi asculți nevoile, tu practici psihiatria din cărți. Nu știi nici măcar cum să te îmbraci. Ești o glumă de psihiatru". Medicul l-a întrebat: „De ce simți atâta ură față de mine?". Dl GG a răspuns: „Ură? Nu meriți nici atât! Ești sub dispreț!".

Aceste atacuri verbale susținute sunt obișnuite pentru pacienții narcisici. Când depășesc o anumită limită, doctorul se simte nefolositor, rănit și supărat. Acești pacienți generează o ură puternică de contratransfer care poate conduce la comentarii răzbunătoare sau decizii greșite de management al tratamentului ca o metodă de răzbunare pe pacient. Deși ca terapeuți putem tolera anumite abuzuri, toți avem o limită pe care doar noi o putem determina. Când această linie este depășită, terapeutul poate simți nevoia să confrunte disprețul pacientului, subliniind cum acest atac distruge șansele pacientului de a primi un tratament eficient.

Procesele de transfer ale pacienților narcisici pot declanșa conflicte latente în interiorul terapeutului în așa fel încât procesele de contratransfer de obicei ațipite ajung la suprafață. Cohen (2002), de exemplu, a descris cum a început să simtă justificată concedierea sa de către pacientul său. Sentimentele de insecuritate și insuficiență prezente mai de mult la terapeut sunt declanșate de atitudinea de pseudosuficiență

de sine a pacientului. Mai mult, terapeuții trebuie să fie conștienți cum propriile lor dorințe despre cum ar trebui să se comporte pacientul pot întări rezistențele narcisice (Gabbard, 2000; Wilson, 2003). Altruismul nostru aparent de a ajuta oamenii cu probleme emoționale întotdeauna are în fundal un „interes personal" (Gabbard, 2000). Mergem la muncă în fiecare zi cu speranța de a îndeplini o dorință pentru o formă specifică de relație de obiect, implicând un ajutor devotat altruist și un pacient care apreciază acest ajutor. Pacientul narcisic nerecunoscător poate zădărnici dezvoltarea acestei relații dorite de către terapeut și poate lăsa terapeutul să-i dea mesaje subtile sau nu chiar atât de subtile pacientului că ar trebui să fie altfel decât este în abordarea lui în ceea ce privește terapia. Pacienții sunt puși astfel în rolul de a face față dorinței terapeutului de a avea un pacient „bun" și un „bun" proces terapeutic. Această presiune din partea terapeutului poate consolida rezistențele pacienților narcisici (Wilson, 2003). Deoarece unele aspecte ale pacienților cu tulburare de personalitate narcisică sunt greu de tolerat, terapeuții se pot rupe de pacientul narcisic, se opresc din ascultat, aduc interpretări facile pentru a face pacientul să schimbe subiectul sau trimit alte mesaje de inacceptabilitate a ceea ce exprimă pacientul. Ca și alții, terapeutul poate avea sentimentul că este stors de tot ceea ce are de dat și apoi abandonat după ce pacientul și-a terminat treaba. Această experiență de a trăi sentimentul de a fi folosit poate pune la încercare răbdarea multor terapeuți și mulți dintre noi vor face eforturi să angajeze pacientul la un nivel diferit pentru a evita să plece de la birou cu acest sentiment.

Psihoterapia de grup

Psihoterapia dinamică de grup pentru pacienții cu tulburare de personalitate narcisică este plină de dificultăți atunci când este singurul tratament folosit (Azima, 1983; Horner, 1975; Wong, 1979, 1980; Yalom, 1985). Piper și Ogrodniczuk (2005) notau că setea de admirație, sentimentul de îndreptățire și lipsa de empatie îi pot aliena pe ceilalți. În consecință, ratele de abandon sunt înalte pentru pacienții narcisici. Grupul pacienților narcisici neatenți se poate bucura de ideea de a avea o audiență în grupul de psihoterapie, dar lor, de asemenea, poate să le displacă faptul că alte persoane iau o parte din timpul și atenția terapeutului. Un astfel de pacient părăsește grupul de terapie pentru că nu a avut suficient prim-plan. Pacientul narcisic hipervigilent poate fi jignit chiar și doar de sugestia terapiei de grup. Această referire este luată ca o respingere sau ca o indicație că terapeutul nu este interesat de pacient. Mulți pacienți narcisici vor vedea terapia de grup ca pe o

situație în care faptul că ei sunt speciali și unici poate scăpa din vedere. Pacienții narcisici tind să pună foarte mult stres pe terapeutul de grup din cauza dorinței lor de gratificare narcisică din partea grupului (Roth, 1998). Când pacienții narcisici intră în terapia de grup, ei adesea monopolizează discuțiile grupului sau își asumă rolul de asistent al doctorului, făcând observații despre problemele celorlalți și negându-le în continuare pe ale lor (Wong, 1979).

În ciuda problemelor inerente cadrului de grup pentru pacientul narcisic, există clar unele avantaje. În grupuri, pacienții narcisici trebuie să se confrunte cu și să accepte faptul că și ceilalți au nevoile lor și că ei nu se pot aștepta să fie întotdeauna în centrul atenției. Mai mult, pacienții narcisici pot, de asemenea, beneficia de feedback-ul primit de la ceilalți în legătură cu impactul pe care trăsăturile lor de caracter îl au asupra acestora. Pacienții narcisici pot avea efecte terapeutice asupra altor persoane din grup prin activarea unor sentimente latente de invidie și lăcomie la pacienți cu alte forme de tulburări caracterologice (Azima, 1983).

Unii autori au sugerat că o combinare a psihoterapiei de grup cu cea individuală le poate aduce mai multe beneficii pacienților narcisici decât fiecare luată separat (Horwitz, 1977; Wong, 1979, 1980). Puține grupuri pot absorbi cererea intensă de atenție a pacientului narcisic, dar dacă un proces individual este început mai întâi, pacientul poate emite mai puține cereri asupra grupului. Wong (1979, 1980) a recomandat în mod specific o perioadă destul de lungă de pregătire în terapia individuală cu o abordare tehnică în termenii descriși de Kohut, astfel încât să existe o alianță solidă terapeutică până la momentul în care pacientul intră în grup. Această perioadă de pregătire îi acordă pacientului timp și să exploreze fantasmele personale legate de psihoterapia de grup. Wong a recomandat folosirea aceluiași terapeut atât pentru terapia individuală, cât și pentru cea de grup. Chiar și în combinație, terapeutul trebuie totuși să susțină activ pacientul dacă ceilalți membri ai grupului încep să-l scoată țap ispășitor pe membrul narcisic. Terapeutul de grup îi poate ajuta pe ceilalți pacienți să empatizeze cu nevoia pacientului narcisistic de a fi recunoscut și admirat.

Cum s-a discutat și în Capitolul 5, psihoterapia de grup poate ajuta la dizolvarea proceselor de transfer intens negative. Acest principiu este cu siguranță aplicabil pacientului narcisic și ceilalți pacienți din grup sunt adesea de ajutor în sublinierea distorsiunilor implicate în devalorizarea sau idealizarea terapeutului. Similar, reacțiile de contratransfer care sunt atât de problematice în tratamentul pacienților narcisici pot, de asemenea, să fie dizolvate în terapia de grup (Wong, 1979). Totuși este recomandabil să avem un singur pacient narcisic o dată într-un grup eterogen, pentru a nu-i copleși pe ceilalți membri cu impactul cererilor acestuia.

16.4 Tulburarea de personalitate narcisică de-a lungul ciclului vieții

Pacienții narcisici care vin la tratament ca tineri adulți se plâng adesea de calitatea relațiilor intime. Ei pot să fi avut infatuări repetate de scurtă durată și nesatisfăcătoare. După ce strălucirea inițială a relației dispare, idealizarea partenerului se transformă fie în devalorizare, fie în plictiseală, iar ei se retrag și caută noi parteneri care pot să le îndeplinească nevoile de admirație, afirmare, iubire necondiționată și acordare perfectă. Acest model de vlăguire a partenerului și abandon în cele din urmă poate deveni obositor. Acești pacienți se căsătoresc în mod frecvent între 30 și 40 de ani.

Nu în mod surprinzător, modele caracteristice de dificultate apar în căsniciile pacienților cu tulburare de personalitate narcisică. La început ei pot să caute terapia maritală sub pretextul problemelor sexuale, depresiei sau comportamentelor impulsive (Lanski, 1982). Sub prezentarea deghizată există adesea o teamă de a fi umilit de către partenerul conjugal (de ex. frica de fragmentare a Sinelui în termenii psihologiei Sinelui). Un soț narcisic, de exemplu, își poate învinovăți soția de încercarea deliberată de a-l umili, mai degrabă decât de a recunoaște că are o problemă în a fi excesiv de vulnerabil, dependent și având o mare nevoie de reacții ale obiectelor Sinelui, cum ar fi oglindirea, din partea soției. Același soț va ajunge în final la o stare cronică de furie narcisică, în care va întreține resentimente puternice față de soția sa pentru că nu l-a tratat în felul în care el credea că i se cuvine. Aceste mariaje pot fi foarte refractare la terapia de cuplu pentru că soțul narcisic resimte rănirea atât de dăunătoare, încât iertarea iese din discuție și nimic din ceea ce ar putea să facă soțul ofensat nu mai poate redresa situația.

Indiferent dacă pacienții narcisici aleg să se căsătorească sau nu de-a lungul vieții, este foarte probabil să găsească procesul de îmbătrânire foarte stresant. În multe cazuri, acești pacienți sunt atrăgători fizic sau fermecători în plan interpersonal și au obținut un anumit grad de succes în timpul anilor lor de adulți tineri. Așa cum a indicat studiul Rose (2002), tipii neatenți pot fi chiar relativ fericiți dacă circumstanțele vieții au fost bune. Totuși, deși pot amâna golul din inima lor, ei nu pot să scape în cele din urmă de el. Kernberg (1974b) nota:

> Dacă considerăm că, de-a lungul unei speranțe de viață obișnuite, gratificările narcisice au loc în adolescență și în maturitatea timpurie și că, chiar dacă triumfurile și gratificările narcisice sunt obținute la maturitate, individul va trebui în cele din urmă să facă față conflictelor elementare în jurul îmbătrânirii, bolilor cronice, limitărilor mintale și fizice și, mai cu seamă, al separărilor, pierderii și singurătății —

atunci trebuie să conchidem că, în cele din urmă, confruntarea Sinelui grandios cu natura limitată, deci tranzitorie a vieții umane, nu poate fi evitată (p. 238).

Mulți pacienți narcisici nu îmbătrânesc bine. Fantasmele grandioase ale tinereții și frumuseții nesfârșite sunt desființate de către vicisitudinile înaintării în vârstă. Pentru a dovedi prospețime și vigoare, ei pot să caute disperați legături extraconjugale cu parteneri de o vârstă de două ori mai mică sau să urmeze provocări neindicate, cum ar fi alergatul la un maraton. De asemenea, obișnuite sunt convertirile dramatice religioase în care narcisistul evită tristețea printr-un refugiu maniacal în umbra unui obiect idealizat (Dumnezeu).

Multe dintre plăcerile vieții adulte și înaintate implică bucurii indirecte față de succesul persoanelor mai tinere, cum ar fi propriii copii (Kernberg, 1974b). Una dintre tragediile cu care se confruntă persoanele cu tulburare de personalitate narcisică este că ele sunt private de această sursă de plăcere din cauza propriei lor invidii și disperări. Aceste sentimente pot aduce pacienții la tratament pentru prima oară când sunt deja trecuți de 40 de ani. Puși față în față cu sentimentul că ceva le lipsește sau că viața lor este pe un drum greșit, ei pot în final să fie mai supuși tratamentului. Adesea se găsesc în situația de a fi singuri, fără relații de suport și cu un sentiment devastator de a nu se simți iubiți. Se văd pe ei înșiși confirmând avertismentul lui Franklin: „Cel ce se iubește pe sine nu va avea rivali".

Unii pacienți cu un nivel crescut de narcisism patologic pot răspunde favorabil la anumite evenimente de viață, deci există motive de speranță. Ronningstam et al. (1995) au raportat schimbări ale narcisismului după o perioadă de urmărire de trei ani a unui studiu pe 20 de pacienți cu tulburare de personalitate narcisică. Deși 40% nu au suferit modificări, 60% au prezentat îmbunătățiri semnificative. Examinarea evenimentelor de viață pentru cei care au avut îmbunătățiri a sugerat că trei tipuri de experiențe au făcut o diferență în ceea ce privește orientarea lor narcisică. Pentru nouă subiecți, au apărut *realizări corective*, care au condus la o acceptabilitate crescută a unui concept de sine mai realist împreună cu o diminuare a fantasmelor exagerate. Pentru patru pacienți, apariția unei *relații corective* a fost instrumentul reducerii narcisismului patologic. Această observație i-a făcut pe investigatori să conchidă că anumite mecanisme de apărare narcisice nu sunt atât de adânc înrădăcinate pe cât par la anumiți indivizi diagnosticați cu tulburare de personalitate narcisică. În final, trei dintre pacienți au dezvoltat *dezamăgiri corective* care i-au ajutat să obțină o evaluare mai realistă asupra lor.

Pacienții narcisici ridică numeroase provocări pentru terapeuți. Kernberg (1974b) a comentat că rezultatul este suficient de valoros pentru a merita efortul, căci deși succesul este parțial, va ajuta să ate-

nueze ravagiile din a doua parte a vieții. Dacă de-a lungul tratamentului pacienții narcisici pot dobândi un anumit grad de empatie, pot să înlocuiască, cel puțin parțial, invidia cu admirația și pot începe să-i accepte pe ceilalți ca pe indivizi separați cu propriile lor nevoi, atunci ei pot fi capabili să evite să își sfârșească viața într-o izolare amarnică.

17. Grupa B
Tulburări de personalitate
Antisocială

Pacienții antisociali sunt poate cel mai vast studiați dintre cei cu tulburări de personalitate, dar sunt și pacienții pe care clinicienii au tendința să îi evite cel mai mult. În contextul terapeutic, acești pacienți pot să mintă, să trișeze, să fure, să amenințe și să se poarte în moduri iresponsabile și înșelătoare. Ei au fost numiți „psihopați", „sociopați" sau încadrați cu „tulburări de caracter" — termeni care, în psihiatrie, au fost asimilați tradițional cu intratabili. Există opinia că acești pacienți ar trebui priviți drept „criminali" și nu ar trebui incluși în obiectivele psihiatriei. Experiențele clinice sugerează totuși că etichetarea „antisocial" este aplicată unui spectru larg de pacienți, ce variază de la cei care nu pot fi tratați la cei care pot fi tratați în anumite condiții. Existența celui de-al doilea grup garantează o înțelegere detaliată a acestor pacienți, așa încât cei susceptibili la tratament pot primi cea mai bună îngrijire posibilă.

În lucrarea sa clasică *The Mask of Sanity*, Hervey Cleckley (1941/1976) a dat prima descriere clinică cuprinzătoare a acestor pacienți. Așa cum sugerează titlul, Cleckley a privit psihopatul ca pe un individ care nu era în mod evident psihotic, dar al cărui comportament era atât de haotic și atât de prost adaptat cererilor realității și societății, încât indica o psihoză ascunsă sub suprafață. În timp ce psihopații dădeau semne că ar fi capabili să aibă relații superficiale cu alte persoane, ei erau complet iresponsabili în toate relațiile lor și nu aveau considerație față de sentimentele sau grijile altora.

Termenul de *psihopat* a căzut în dizgrație în deceniile ce au urmat apariției lucrării de referință a lui Cleckley. Termenul de *sociopat* a fost utilizat o vreme, după cât se pare, ca o reflecție a originilor mai degrabă sociale decât psihologice ale unor dificultăți apărute la acești indivizi. La momentul publicării celei de-a doua ediții a *Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale* de către American Psychiatric

Association (DSM-II; American Psychiatric Association, 1968), în 1968, termenul de *personalitate antisocială* a devenit termenul preferat. O dată cu apariția DSM-III în 1980 (American Psychiatric Association, 1980), diagnosticul de tulburare de personalitate antisocială (TPAS) a fost modificat considerabil față de descrierea originală făcută de Cleckley. Deși criteriile DSM-III asigurau mai multe caracteristici de diagnostic decât pentru oricare altă tulburare de personalitate, s-a îngustat concentrarea tulburării la o populație de criminali mai probabil asociată cu păturile socioeconomice sărace, oprimate și dezavantajate (Halleck, 1981; Meloy, 1988; Modlin, 1983).

Atunci când criteriile DSM-III au fost aplicate deținuților, cercetătorii au descoperit că majorității acestei populații (50%–80%) i s-a pus diagnosticul de TPAS (Hare, 1983; Hart și Hare, 1988). Rezultate frapant de diferite au fost obținute când cercetătorii au folosit criterii de diagnostic care se asemănau mai mult cu cele tradiționale ale lui Cleckley, în care psihopatia era subliniată. De exemplu, când chestionarul Hare's Psychopathy Checklist — Revised (PCL-R) a fost folosit, aproximativ 25% dintre deținuți se încadrau la psihopați (Hare, 1991; Hare et al., 1991). Într-un studiu pe 137 de femei dependente de cocaină care căutau tratament (Rutherford et al., 1999), mai mult de un sfert dintre femei au fost diagnosticate cu TPAS după criteriile DSM, dar doar 1,5% au fost diagnosticate cu un nivel moderat de psihopatie după PCR-R. Acest instrument se bazează pe evaluări clinice ale experților, nu pe autoraportări și include itemi cum ar fi: iresponsabilitatea, impulsivitatea, lipsa scopurilor realiste de lungă durată, comportament sexual promiscuu, probleme comportamentale timpurii, stil de viață parazit, insensibilitate și lipsă de empatie, afect superficial; lipsa remușcării sau a sentimentului de vinovăție, nevoia de stimulare și susceptibilitate la plictiseală, simț grandios al aprecierii de sine și volubilitate asociată cu farmec superficial.

Termenul *psihopat* a crescut în popularitate în ultimii ani ca un termen de diagnostic ce implică o psihodinamică particulară și chiar caracteristici biologice care nu sunt surprinse în criteriile TPAS din DSM-IV-TR (Tabel 17–1; American Psychiatric Association 2000) (Hart și Hare, 1998; Meloy, 1998; Meloy, 1995; Person, 1986; Reid et al., 1986). Această distincție este folositoare din punct de vedere clinic pentru că o persoană poate fi un psihopat fără să întrunească criteriile DSM-IV-TR pentru TPAS. Dimpotrivă, o persoană poate să întrunească criteriile DSM-IV-TR pentru TPAS, dar să nu fie un psihopat.

Psihopatia definită de Hare (1991) subliniază caracteristicile enumerate anterior, care intră pe de o parte în categoria trăsăturilor psihodinamice/interpersonale și, pe de altă parte, în categoria actelor antisociale. Deși aceste componente sunt evident corelate, ele pot exista separat în unii indivizi (Livesley, 2003).

Tabel 17–1. Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate antisocială.

A. Există un pattern pervaziv de desconsiderare și violare a drepturilor altora apărând de la vârsta de 15 ani, precum e indicat de trei (sau mai multe) dintre următoarele:
   (1) incapacitate de a se conforma normelor sociale în legătură cu comportamentele legale, indicată de comiterea repetată de acte care constituie motive de arest
   (2) incorectitudine, indicată de mințitul repetat, uzul de alibiuri, manipularea altora pentru profit sau plăcere personală
   (3) impulsivitate sau incapacitate de a plănui dinainte
   (4) irascibilitate și agresivitate, indicate de luptele sau atacurile corporale repetate
   (5) neglijență nesăbuită față de siguranța sa sau a altora
   (6) iresponsabilitate considerabilă, indicată prin incapacitatea repetată de a avea un comportament consecvent în muncă ori de a-și onora obligațiile financiare
   (7) lipsa de remușcare, indicată prin a fi indiferent sau a justifica de ce a făcut să sufere, a maltratat ori a furat de la altul.
B. Individul este în etate de cel puțin 18 ani.
C. Există dovada unei tulburări de conduită cu debut înainte de 15 ani.
D. Comportamentul antisocial nu survine exclusiv în cursul schizofreniei ori unui episod maniacal.

Sursă. Retipărit după Asociația Psihiatrică Americană, *Manual statistic și diagnostic al tulburărilor mintale* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.

Unii indivizi pot prezenta lipsă de empatie și insensibilitate, pot fi manipulanți și grandioși, dar pot să nu-și manifeste problemele comportamentale pe acea componentă a constructului lui Hare. Ca principiu general totuși, psihopatia este mult mai severă atât în manifestările clinice, cât și în rezistența la tratament. Acești pacienți au probabil diferențe neuropsihologice substanțiale în comparație cu nonpsihopații și pot fi mult mai lipsiți de scrupule și mai incapabili de orice fel de atașament emoțional, cu excepția interacțiunii de tip sado-masochist bazată pe putere (Meloy, 1988).

Criteriile DSM-IV-TR nu sunt folositoare în mod special în determinarea tratamentului. Cu pacienții antisociali, clinicianul trebuie să determine în primul și primul rând dacă vreun pacient anume poate fi tratat în aceste circumstanțe. Această dilemă poate fi conceptualizată prin încadrarea prezentării antisociale ca o subcategorie a tulburării de personalitate narcisică (Kernberg, 1984, 1988; Meloy, 1988; 1995; Reid, 1985). Într-adevăr, există o continuitate narcisică a patologiei antisociale care variază de la psihopatia cea mai primitivă în forma sa pură până la tulburarea de personalitate narcisică cu trăsături antisociale egosin-

tonice și până la narcisism, în care pacientul este realmente nesincer în procesul de transfer (Kernberg, 1984, 1998).

Clinicienii vor întâlni mulți pacienți cu trăsături antisociale. Psihiatrul dinamic ar trebui să abordeze fiecare pacient ținând cont de acest continuum narcisic. Utilizând înțelegerea dinamică, precum și diagnosticul atent (discutate mai târziu în acest capitol) legate de psihopatie și patologia narcisică și antisocială, clinicienii pot lua o decizie informată dinamic dacă pacientul este tratabil și dacă condițiile garantează efortul terapeutic. În acest capitol, termenul *psihopat* este folosit selectiv pentru a numi subgrupul de pacienți reuniți de criteriile Hare PCL-R și descrierile psihodinamice ale lui Meloy (1988, 1995) și Person (1986). Termenul de *pacienți antisociali* este folosit generic pentru a descrie pacienții aflați de-a lungul acestui continuum având grade variate de comportament antisocial.

17.1 Epidemiologie

Un conținut considerabil de cunoștințe a fost acumulat în ceea ce privește epidemiologia TPAS (Cadoret, 1986), care are o prevalență de 2%–3% pe durata vieții populației din Statele Unite. Persoane cu această tulburare se găsesc adesea în zone sărace, centrale ale orașelor și pot abandona liceul înainte de absolvire. Apare o alunecare negativă în cursul vieții indivizilor antisociali (Person, 1986) care încearcă să obțină bani ușor în mod repetat până când „ard complet" pe la vârsta mijlocie, de obicei în asociere cu alcoolismul sever și extenuarea (Halleck, 1981). Chiar dacă impulsivitatea se ameliorează cu vârsta, totuși ei continuă să lupte cu munca, activitățile parentale și partenerii de viață (Paris, 2003). Unii mor prematur.

Există o corelație izbitoare între patologia personalității antisociale și abuzul de substanțe (Cadoret, 1986; Halleck, 1981; Meloy, 1988; Modlin, 1983; Reid, 1985; Vaillant, 1983). Gândirea curentă asupra intercorelării celor două este că ele adesea coexistă, dar că fiecare are o etiologie separată (Cadoret, 1986; Reid, 1985; Vaillant, 1983). De asemenea, este bine stabilit că activitatea criminală este intim legată de abuzul de substanțe (Holden, 1986). Dintre infractori, 52%–65% făceau abuz de droguri.

În general, se presupune că pacienții cu probleme antisociale sunt bărbați și într-adevăr rata pentru TPAS variază între 4:1 și 7,8:1 (Cadoret, 1986). Legături familiale între psihopatie și tulburarea de somatizare (isterie) au fost documentate pe larg (Cadoret, 1978; Cloninger și Guze, 1975; Cloninger et al., 1974; Woerner și Guze, 1968). O explicație propusă

pentru această corelație este că sexul influențează dacă indivizii cu tendințe de personalitate isterice sau histrionice vor dezvolta personalitate antisocială sau tulburare de somatizare (Lilienfeld et al., 1986).

Psihopatia poate să apară și apare la paciente, cu toate că este mult mai frecventă printre bărbați. Clinicienii pot trece cu vederea diagnosticul la femei datorită stereotipiilor de rol sexual. O femeie seducătoare și manipulativă care manifestă activitate antisocială considerabilă este mai probabil să fie etichetată ca isterică, histrionică sau borderline. O pacientă de 19 ani spitalizată a fost implicată în comportamente antisociale intense, printre care: omorârea unui bărbat, despre care a spus că ar fi încercat să o violeze, furt, minciună și subminarea tratamentului altor pacienți. La un moment dat, în timpul spitalizării, ea a convins doi pacienți să-i spargă geamul cu o rangă și să o ajute să evadeze. După ce a zburat cu avionul de-a lungul țării împreună cu cei doi bărbați (folosind cardurile de credit ale părinților ei), ea i-a abandonat pe aceștia fără bani într-un aeroport. Tratamentul ei a ajuns într-un punct critic când a declanșat un incendiu în camera ei, amenințând astfel siguranța tuturor din spital. Pentru că această pacientă era atrăgătoare, seducătoare și nu fără farmec interpersonal, medicii ei îi tot acordau circumstanțe atenuante. Unii chiar vedeau atitudinea ei mai degrabă ca o exprimare a „depresiei" decât ca patologie antisocială. Totuși ea a îndeplinit atât criteriile DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) pentru TPAS, cât și criteriile psihodinamice pentru psihopatie.

Această tendință de a diagnostica greșit femeile cu comportament antisocial este în schimbare (Reid, 1985) pe măsură ce acestea se bucură de libertăți sociale în creștere. Din ce în ce mai multe femei își modifică stilul de viață spre modele tradițional masculine și astfel sunt mai susceptibile să fie diagnosticate cu TPAS. Diferențele legate de sex în diagnosticarea tulburărilor de personalitate s-au bucurat de puțină atenție în cercetările tulburărilor de personalitate. Totuși cercetarea a 665 de studenți a arătat o legătură între trăsăturile tradițional masculine și tendințele antisociale (Klonsky et al., 2002). Unele speculații privesc faptul că tulburarea de personalitate histrionică poate fi o variantă feminină a psihopatiei, în timp ce TPAS este o variantă masculină. Cercetările nu au reușit să dovedească această diferență și viitoare studii sunt evident necesare (Cale și Lilienfeld, 2002).

17.2 Înțelegere psihodinamică

O abordare cuprinzătoare a TPAS trebuie să înceapă cu recunoașterea faptului că factorii biologici contribuie în mod evident la etiologia

și patogenia acestei tulburări. Studiile pe gemeni oferă dovezi convingătoare că factorii genetici influențează dezvoltarea psihopatiei (Cadoret, 1986). Concordanța pentru criminalitate, de exemplu, este de două–trei ori mai mare pentru gemenii monozigoți decât pentru gemenii dizigoți (Christiansen, 1977; Wilson și Herrnstein, 1985).

De fapt, TPAS apare ca o tulburare șablon cu care se examinează interacțiunea între gene și mediu. Cercetările arată că vulnerabilitatea genetică, influențată de factori adverși de mediu, poate conduce la comportamente antisociale sau criminale (Cadoret et al., 1995; Caspi et al., 2002; Foley et al., 2004; Hodgins et al., 2001; Raine et al., 1996, 1997). În studiul „Dunedin Multidisciplinary Health and Development" (Caspi et al., 2002), s-a urmărit prospectiv un grup de 1 037 de copii, la vârstele de 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18 și 21 de ani. La vârsta de 26 de ani au fost contactați 96% dintre indivizii eșantionului pentru a fi evaluați. Între vârstele de 3 și 11 ani, 8% au fost maltratați „sever", 28% „probabil" maltratați și 64% nu au fost maltratați. Maltratarea a fost definită ca respingere maternă, pierdere repetată a îngrijitorului principal, disciplină dură, abuz fizic și abuz sexual. Investigatorii au stabilit că un polimorfism funcțional al genei responsabile de enzima monoamin-oxidază-A (MAO-A), care metabolizează neurotransmițătorul, moderează efectul maltratării. Pacienții de sex masculin cu o activitate scăzută a genotipului MAO-A, care au fost maltratați în copilărie, prezentau scoruri antisociale ridicate. Pacienții de sex masculin cu o activitate crescută a genotipului MAO-A nu prezentau scoruri antisociale ridicate, chiar dacă au avut experiențe de maltratare în copilărie. Dintre pacienții de sex masculin cu o activitate scăzută a genotipului MAO-A, dar și cu experiențe severe de maltratare, 85% au dezvoltat comportament antisocial. Descoperirile acestui studiu au fost verificate de Foley et al. (2004), în studiul lor pe tulburare de conduită cu 514 gemeni de sex masculin având vârste între 8 și 17 ani. Aceste studii arată că genotipul modelează sensibilitatea copiilor la stresorii din mediul înconjurător și că o combinație între vulnerabilitatea genetică și experiențele negative poate produce un comportament antisocial.

Un alt studiu despre interacțiunea dintre gene și factorii de mediu arată că, pentru frații din aceeași familie, mediul înconjurător diferit poate avea un impact substanțial în dezvoltarea comportamentului antisocial. Reiss et al. (1995, 2000) au studiat 708 familii cu cel puțin doi frați adolescenți de același sex, în mai multe variante. Nouăzeci și trei dintre familii au avut gemeni monozigoți, 99 au avut gemeni dizigoți, 95 au avut frați buni crescuți de părinții naturali, 181 au avut frați buni cu un părinte recăsătorit, 110 au avut frați vitregi cu un părinte comun și 130 au avut frați vitregi fără părinți comuni. Date despre stilul de creștere al copiilor au fost adunate cu ajutorul înregistrărilor video și chestionarelor. Aproximativ 60% din variația comportamentului anti-

social al adolescentului ar putea fi pusă pe seama comportamentului parental negativ și conflictual, îndreptat direct către adolescent.

Investigatorii sugerează că anumite trăsături ereditare ale copiilor evocau un stil parental aspru și inconstant. Prin contrast, frații fără aceste trăsături ereditare nu au evocat comportamente parentale negative, și acești frați păreau să aibă parte de un efect protector când un comportament parental aspru era ațintit asupra celuilalt frate. Reiss et al. (2000) au descoperit că reacția familiei la aceste trăsături ereditare putea să ia una dintre cele patru forme: 1) exacerbarea atitudinilor negative ale copilului, 2) îmbunătățirea trăsăturilor „de dorit" ale copilului, 3) protejarea copilului de rezultatele negative legate de comportamentul dificil sau 4) tendința părinților de a se retrage din fața copilului dificil în încercarea de a proteja fratele cu șanse mai bune. Ei au arătat că „codarea informației genetice în procesele de familie poate rivaliza ca importanță și poate ajuta în tandem cu mult mai bine cunoscutul proces de codare al ARN-ului — transducția intracelulară a informației genetice spre drumul către sinteza proteică" (p. 386).

Dovezile despre caracteristicile substanțelor biologice, de asemenea, se acumulează pentru TPAS. Nivelul de acid 5-hidroxiindolacetic (5-HIAA) este semnificativ scăzut la copiii care provin din familii cu antecedente de TPAS față de cei care nu au astfel de antecedente în familie (Constantino et al., 1997). De asemenea, există legături frapante între responsivitatea scăzută a sistemului nervos autonom și riscul pentru dezvoltarea unui comportament criminal (Brennan et al., 1997; Raine et al., 1990, 1995). De fapt, responsivitatea crescută a sistemului nervos autonom pare să aibă rol protector împotriva comportamentului criminal, așa cum s-a observat în studiile de urmărire prospective pe adolescenți. Din perspectiva psihodinamică, indivizii care au standarde puternic internalizate pentru bine și rău — adesea asociate cu un Supraeu și un Eu ideal — pot experimenta anxietatea și responsivitatea autonomă crescută sub forma sentimentului de vină, atunci când își încalcă acele standarde morale.

Deficite neuropsihologice variate din copilărie pot, de asemenea, să inducă dezvoltarea TPAS. De exemplu, copiii cu tulburare hiperkinetică și de deficit de atenție au un risc semnificativ mai mare pentru a dezvolta TPAS (Mannuzza et al., 1998). Băieții care sunt expuși prenatal la deficiențe nutritive materne severe în primul sau/și în al doilea trimestru de sarcină au un risc crescut pentru TPAS (Neugebauer et al., 1999). Folosind imagini structurale de rezonanță magnetică, Raine et al. (2000) au descoperit că pacienții cu personalitate antisocială au avut o reducere de 11% a volumului substanței cenușii prefrontale față de subiecții sănătoși, subiecții de control psihiatrici și 26 de subiecți cu dependență de substanțe. Investigatorii au sugerat că

deficitul structural poate fi legat de excitația autonomă scăzută, lipsa conștiinței și dificultatea decizională tipică indivizilor antisociali și psihopați.

Multe dintre aceste studii nu fac diferență între psihopatie și TPAS, dar se adună tot mai multe dovezi care documentează diferențele anatomice și funcționale caracteristice psihopaților. Douăzeci și cinci de psihopați au fost comparați cu 18 subiecți cu tulburare de personalitate borderline și 24 de subiecți de control (Herpertz et al., 2001). Psihopații au fost caracterizați de o responsivitate electrodermală scăzută, absența reflexului Moro și expresivitate facială scăzută. Cercetătorii au conchis că indivizii psihopați au o lipsă marcată a fricii ca răspuns la evenimente și un deficit general al procesării informației afective. Hiporesponsivitatea emoțională a fost izbitoare și foarte specifică pentru psihopați. În alt studiu condus de Raine et al. (2003), 15 bărbați cu scoruri înalte ale psihopatiei au fost comparați cu 25 de subiecți de control în ceea ce privește corpul calos. Cei cu psihopatie au avut o creștere semnificativă statistic a volumului substanței albe a corpului calos la fel ca și a lungimii acestuia. Ei au demonstrat, de asemenea, o reducere de 15% a lățimii corpului calos și o conectivitate funcțională crescută interemisferică. Investigatorul a indicat că procesele de dezvoltare neuronală atipică implicate în oprirea migrării axonale timpurii sau mielinizarea crescută a substanței albe pot fi responsabile de aceste anomalii ale corpului calos în psihopatie.

Un studiu prospectiv, elegant alcătuit (Johnson et al., 1999) a demonstrat că neglijența și abuzul fizic din copilărie (dar nu abuzul sexual) pot induce o prevalență crescută a simptomelor antisociale la adult. Deși este bine știut că experiențele de abuz din copilărie pot induce simptome de TPAS la adulți, etiologia nu poate fi redusă la formula simplă că victimele devin persecutori. Într-un studiu (Luntz și Widom, 1994), 86% dintre copiii care au fost abuzați și neglijați nu au dezvoltat TPAS ca adulți, în timp ce 7% dintre cei care nu prezentau un astfel de istoric au dezvoltat TPAS. De asemenea, într-un studiu pe 85 de femei încarcerate (Zlotnick, 1999), abuzul din copilărie nu a fost asociat cu TPAS.

Caracteristicile ereditabile ale unui copil, adesea compuse din leziuni cerebrale perinatale, pot crea dificultăți specifice în creșterea acestuia. Copilul poate fi greu de domolit și acestuia îi poate lipsi responsivitatea afectivă normală la care părinții se așteaptă. În unele cazuri, părinții pot deja să aibă tendințe abuzive din cauza propriilor psihopatologii; alții pot deveni treptat nerăbdători și iritați pe măsură ce observă că copilul nu răspunde așa cum și-ar fi dorit ei. Meloy (1988) a observat două procese diferite care apar adesea în dezvoltarea indivizilor antisociali. Unul dintre acestea este o profundă detașare de orice fel de relaționare sau experiență afectivă în general. Celălalt proces constă într-o abordare

mai legată de obiect, caracterizată de încercări sadice de relaționare cu ceilalți pentru exercitarea puterii și capacității de distrugere. Există, de asemenea, o problemă semnificativă în internalizarea celorlalți din cauza deficitelor genetice/biologice ale copilului și mediului de acasă nefavorabil, în care copilul s-a născut.

Deficitul serios de internalizare al psihopatului duce în mod evident la un eșec masiv de dezvoltare a Supraeului — particularitatea clasică, în sens dinamic, a psihopatului. Absența oricărui simț moral la acești indivizi este una dintre însușirile descurajante care îi fac să pară lipsiți de umanitate. Singurul lor sistem de valori care are cât de cât importanță este exercitarea unei puteri agresive și singurele lor urme de dezvoltare a Supraeului pot fi precursorii Supraeului sadic (sau obiecte ale Sinelui străine) manifestați prin comportamentul lor sadic și crud (Kernberg, 1984).

Pacienții de grad mai înalt, care nu se încadrează în categoria „pură" a psihopatiei, pot prezenta lacune ale Supraeului (Johnson, 1949). Acești indivizi, datorită unor factori constituționali mai favorabili și experiențelor de mediu din timpul perioadei de creștere, au o oarecare aparență de conștiință, dar cu arii circumscrise în care Supraeul nu pare să funcționeze. Unii dintre acești indivizi au fost într-un mod subtil sau mai puțin subtil încurajați în comportamentul lor antisocial de către unul sau ambii părinți.

> Allen, un băiat de 10 ani, este internat în spital de către părinții lui. Pe parcursul interviului de la internare cu psihiatrul și asistentul social, părinții săi au descris un istoric îndelungat al unui comportament agresiv. Allen s-a bătut în mod repetat cu colegii la școală, a fost implicat în acte minore de vandalism asupra proprietăților vecinilor și a refuzat să-și asculte părinții. Tatăl lui Allen a descris incidentul care a dus în final la spitalizarea acestuia: „O persoană mai în vârstă conducea mașina prin dreptul casei noastre. Allen era în grădină cu arcul și săgețile sale. Deși bărbatul conducea cu aproximativ 60 km/h, Allen a fost în stare să tragă o săgeată prin parbrizul mașinii, lovindu-l pe șofer în ochi. Trebuie să recunoașteți că a fost o lovitură destul de bună". În timp ce un zâmbet a încolțit pe buzele tatălui lui Allen, o expresie confuză se citea pe fața lui Allen.

Infractorii intelectuali adesea se încadrează în această categorie a lacunelor Supraeului. Structura lor de personalitate narcisică le-a permis să reușească, dar anumite probleme la nivelul conștiinței pot eventual să se manifeste printr-un comportament antisocial observat de către ceilalți. Este important în acest context să se facă distincția dintre un *comportament* antisocial și o personalitate antisocială adevărată. Comportamente de natură antisocială pot să se nască dintr-o presiune iscoditoare, dintr-un conflict nevrotic sau dintr-o gândire psihotică. În aceste cazuri, nu are nici o legătură cu TPAS.

Un alt aspect al patologiei Eului mai caracteristic unui psihopat adevărat decât unei forme narcisice de nivel mai înalt este o lipsă completă de justificare morală sau raționalizare a comportamentului antisocial (Meloy, 1988). Confruntați cu propriul lor comportament antisocial, psihopații răspund, de obicei, cu siguranță de sine că victimele actelor lor antisociale au primit ceea ce meritau. De asemenea, psihopații aleg adesea să mintă sau să evite să-și asume orice fel de responsabilitate pentru comportamentul lor.

Dl HH era un bărbat de 23 de ani care a fost internat nevoluntar, pe termen lung, printr-o decizie judecătorească. La puțin timp după internare, el a fost văzut de către un consilier și a avut loc următorul dialog:

CONSILIERUL: Ce vă aduce la spital?

DL HH: Tribunalul.

CONSILIERUL: Cum așa?

DL HH: Am fost implicat într-un accident de mașină și prietenul meu cel mai bun a murit accidental.

CONSILIERUL: Cum s-a întâmplat?

DL HH: Conduceam mașina liniștit și mașina din fața mea a frânat brusc. Am lovit cu putere în partea din spate a mașinii lui, iar arma mea din torpedoul mașinii s-a descărcat accidental și l-a împușcat în cap pe prietenul meu.

CONSILIERUL: De ce aveați o armă acolo?

DL HH: Trebuie să ai armă în cartierul în care stau eu. Trebuie să mă protejez. Sunt o mulțime de traficanți de droguri pe acolo.

CONSILIERUL: De ce a decis tribunalul internarea dumneavoastră în spital ca rezultat al acestui accident?

DL HH: Bună întrebare.

CONSILIERUL: Aveți vreun fel de probleme emoționale?

DL HH: Nu, sunt foarte bine mersi.

CONSILIERUL: Ați avut alte probleme cu legea?

DL HH: Nu a fost vina mea nici altă dată. Prietenii au furat o mașină de spălat dintr-o spălătorie și au lăsat-o în fața casei mele ca să îmi facă o glumă. Poliția a crezut că eu am furat-o și m-a arestat.

Această negare a responsabilității de către dl HH arată absența oricărui fel de îngrijorare față de „prietenul său cel mai bun" și incapacitatea de a recunoaște propriile probleme care au contribuit la această situație. Acest caz subliniază dificultățile cu care se confruntă terapeuții în tratarea pacienților antisociali, din cauza faptului că aceștia externalizează toate problemele.

Comportamentul antisocial sau psihopat este cel mai bine caracterizat ca fiind varianta primitivă a continuum-ului tulburării de personalitate narcisică (Kernberg, 1984, 1998; Meloy, 1988, 1995). Figura 17–1 ilustrează acest continuum. La baza continuum-ului se găsesc

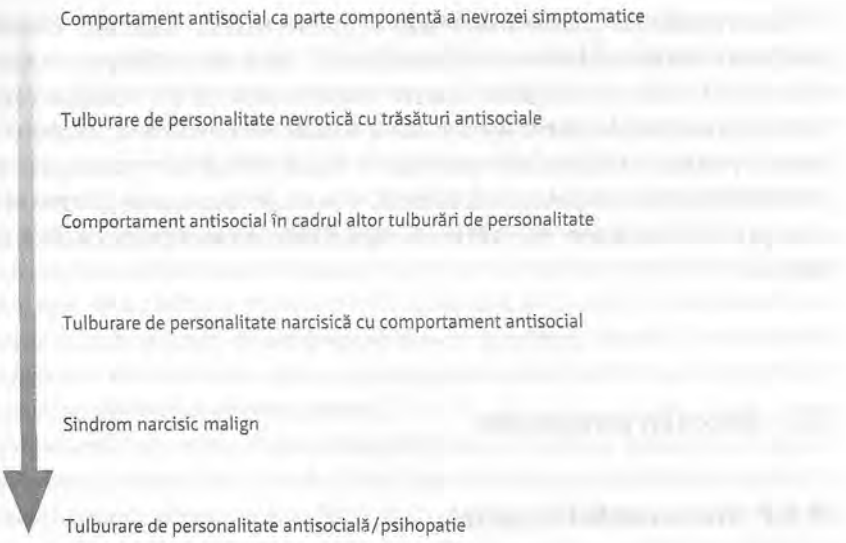

Figura 17–1. Continuum-ul comportamentului antisocial și psihopatic.
Sursă. Bazat pe Kernberg, 1998.

indivizii psihopați care nu pot concepe altruismul la ceilalți și care sunt total incapabili să investească în relații care nu pot fi exploatate. Următorul nivel al continuum-ului implică narcisismul malign, caracterizat de sadism egosintonic și orientare paranoidă. Persoanele din această categorie diferă de indivizii psihopați prin faptul că aceștia au o oarecare capacitate de a fi loiali și de a-și face griji pentru ceilalți. De asemenea, ei pot să realizeze că și persoanele din jurul lor pot avea convingeri morale. A treia categorie de jos în sus în cadrul continuum-ului include pacienții cu tulburare de personalitate narcisică, care manifestă comportament antisocial. Acești indivizi nu au componenta sadică sau cea paranoică, caracteristică narcisistului malign, dar pot exploata alte persoane fără probleme, pentru a-și atinge scopurile. Totuși ei pot să simtă vină sau să-și facă griji uneori și pot fi capabili să facă planuri realiste pentru viitor. Dificultatea lor de a se implica în relații de obiect profunde poate fi reflectată în ceea ce pare să fie comportament antisocial. Urmărind evoluția graficului, întâlnim comportamentul antisocial în alte tulburări de personalitate, cum ar fi borderline, histrionică sau cea paranoidă. Aceste fenomene au loc la indivizi cu structuri ale Supraeului mult mai dezvoltate. La vârf găsim indivizii cu caracteristici nevrotice care pot avea comportamente antisociale izvorâte dintr-un sentiment de vină, în speranța că vor fi prinși și pedepsiți. Toate variațiile tulburărilor de personalitate narcisice și antisociale pot fi prezente la indivizii care sunt fermecători și manipulativi, de o asemenea manieră încât îi pot trage adesea pe alții pe sfoară.

Diferențierea psihodinamică a pacientului narcisic tratabil cu trăsături antisociale de nivel mai înalt, față de psihopatul adevărat netratabil este o abordare foarte complicată și din cauza tendinței tuturor pacienților antisociali de a induce în eroare clinicienii. Sunt foarte puține studii care pot ajuta clinicianul în realizarea acestei diferențieri, dar în cele ce urmează, voi examina unele dintre criteriile care pot fi folositoare în stabilirea capacității acestui pacient de a fi tratat sau nu.

17.3 Abordări terapeutice

17.3.1 Tratamentul în spital

Există un consens larg că pacienții cu comportament antisocial serios nu beneficiază de pe urma unei abordări terapeutice exclusiv prin psihoterapie în ambulatoriu (Frosch, 1983; Gabbard și Coyne, 1987; Meloy, 1995; Person, 1986; Reid, 1985). O anumită formă de instituționalizare este necesară chiar și pentru îmbunătățirile modeste. Dacă este implicată în tratament și psihoterapia, aceasta trebuie să înceapă într-un mediu supravegheat 24 de ore din 24. Acești indivizi orientați către acțiune nu vor conștientiza niciodată propriile stări afective atâta timp cât au posibilitatea să-și elibereze impulsurile prin comportament. Doar atunci când sunt constrânși să rămână spitalizați, personalul medical va putea observa manifestarea emoțiilor, cum ar fi anxietatea sau golul interior (Frosch, 1983; Person, 1986). Când acești pacienți sunt integrați în programe de tratament de zi, se raportează rate mari de renunțare la tratament (Karterud et al. 2003).

Decizia de spitalizare a pacienților antisociali în unități obișnuite de psihiatrie care au pacienți cu o varietate mare de diagnostice duce, de obicei, la regrete. Comportamentul agresiv al psihopatului poate interfera serios cu tratamentul altor pacienți și poate aduce programele terapeutice într-o atmosferă de haos. Acești pacienți vor fura de la alți pacienți, îi vor exploata sexual și îi vor ataca pe aceștia; de asemenea, vor minți și ridiculiza personalul medical, vor aduce pe ascuns droguri și băutură în spital, vor ridiculiza tehnicile terapeutice și vor corupe membri ai personalului să participe la activități necinstite și lipsite de etică. Unii vor distruge în mod sistematic orice fel de alianță terapeutică pe care alți pacienți au stabilit-o cu membrii personalului medical.

Dl II, un bărbat de 46 de ani, preot, a fost obligat de către superiorii săi clerici să se interneze pentru tratament, deoarece comportamentul său producea haos în

interiorul congregației. Acesta a sedus câteva femei care frecventau biserica sa și s-a delectat cu „subminarea credinței lor", sfidând chiar principiile de bază ale credinței acestora. Modele similare de comportament și relații de obiect au apărut și pe parcursul spitalizării. Dl II era tăcut în majoritatea întâlnirilor de grup, dar încet el a „otrăvit" atmosfera, devalorizând personalul medical prin discuțiile personale pe care le avea cu ceilalți pacienți, erodând în mod sistematic încrederea pacienților în tratament. El a abordat pacientele și personalul medical de sex feminin ca pe niște cuceriri și chiar și atunci când acting-out-ul său sexual era blocat de structura unității spitalicești, el a găsit alte modalități de a domina și a umili persoanele de sex feminin. Adesea glumea cu alți pacienți despre meritele „sexuale" ale diferitelor asistente sau doctorițe din clinică și devaloriza expertizele tuturor membrilor personalului medical indiferent de sex.

Tratamentul său a luat sfârșit atunci când acesta a plănuit și executat o fugă pe ascuns cu o pacientă din clinică. Chiar și la câteva luni după plecarea dlui II, impactul lăsat de acesta încă își făcea simțită prezența în îndoiala pacienților cu privire la beneficiile tratamentului — o neîncredere care a fost alimentată de remarcile și acțiunile acestuia.

Psihopații mai inteligenți și sofisticați pot prezenta altfel de probleme în mediul spitalicesc. Pentru că ei sunt conștienți că spitalizarea este o soluție mult mai confortabilă decât închisoarea, încearcă să îi păcălească pe medici că tratamentul este foarte eficient. Acești pacienți pot fi foarte fermecători și pot convinge personalul medical că pot fi externați mai devreme decât era stabilit inițial. Modificările comportamentale ale pacienților antisociali, care apar pe parcursul spitalizării, nu se păstrează de obicei și după externare (Frosch, 1983). Acești pacienți trec de obicei prin tratament fără să fie „atinși" de acesta. Când revin, după ce au fost externați, la comportamentul lor antisocial anterior, membrii personalului medical se pot simți revoltați, din cauza faptului că au fost înșelați de către acești pacienți.

Pentru a evita irosirea unor cantități mari de timp, bani și energie, medicii din spital trebuie să decidă care pacienți antisociali ar merita o spitalizare psihiatrică. Există un consens larg acceptat că psihopații adevărați nu au ce căuta în clinicile psihiatrice obișnuite, pentru că ei nu pot avea nici un fel de beneficiu de pe urma unui tratament, probabil datorită faptului că ei au tendința să transforme această experiență într-o situație de exploatare de genul „vulpea în cotețul găinilor". Unități psihiatrice speciale, cum ar fi cele din închisori (Kiger, 1967; Sturup, 1968), programe rezidențiale comunitare nonmedicale (Reid și Solomon, 1981) sau programe în sălbăticie (Reid, 1985), s-au bucurat de un oarecare succes cu pacienții psihopați și sunt în general văzute ca unică șansă pentru cei aflați în această categorie diagnostică.

În aceste instituții specializate, cum ar fi Institutul Patuxent din Maryland sau Institutul Herstedvester din Danemarca, tratamentul

psihopatiei este accentuat de omogenitatea mediului înconjurător. Aceste programe se bazează foarte mult pe confruntările pe perechi în cadrul grupului. Alți psihopați sunt obișnuiți cu tehnicile de fraudare prin manipulare; când aceștia sunt confruntați în mod insistent, eficiența lor este neutralizată. Aceste programe implică, de asemenea, o structură fixă cu reguli clare și impuse rigid. Consecințele încălcării oricărei reguli sunt implementate rapid fără nici un fel de permisiune pentru târguieli sau explicații din partea pacientului (Reid, 1985; Yochelson și Samenow, 1977). Totuși, când aceste programe de tratament în detenție pentru psihopați au fost studiate, beneficiile au fost departe de a fi clare (vezi D'Silva et al., 2004; Rice et al., 1992).

Pe măsură ce aceste instituții au stabilit un control asupra vieților acestor pacienți și au blocat canalele obișnuite pentru descărcarea afectelor neplăcute prin acțiune, ei pot începe să-și accepte propriile stări de anxietate și agresivitate. Răspunsurile previzibile și consecvente ale personalului medical la orice încercare de a sparge sistemul produc frustrare la fiecare demers. Aceste programe depind de mandatarea judecătorească, deoarece pacienții vor dori să părăsească instituția de îndată ce sentimentele neplăcute apar încet în conștiința acestora.

Un mic grup de pacienți cu trăsături antisociale, de obicei cei cu tulburări de personalitate borderline sau narcisică, poate beneficia de o spitalizare voluntară într-o secție de psihiatrie generală (Gabbard și Coyne, 1987). Totuși diferențierea acestora de psihopatul adevărat poate fi dificilă din cauza reacțiilor de contratransfer intense produse de pacienții antisociali. Profesioniștii de sănătate mintală, prin natura meseriei lor, sunt înclinați să fie caritabili și amabili față de cei pe care îi tratează. Ei sunt predispuși să acorde pacienților prezumția de nevinovăție și să-i vadă ca fiind cât de cât tratabili oricât de rezistenți ar părea. Această tendință poate conduce terapeuții să minimizeze importanța răutății pacienților psihopați și să presupună că comportamentul lor antisocial chiar este „un strigăt de ajutor". Membrii personalului medical din spital, în mod special, au o tendință de a se vedea capabili să trateze pacientul care este netratabil. Ei pot acorda o energie extraordinară încercării de a relaționa cu pacientul, care nu are nici un fel de interes în acest fel de relații. În această încercare, ei pot ajunge la o coluziune cu tendința acestor pacienți de a minimiza extinderea comportamentului lor antisocial și patologia Supraeului lor. Un aspect al acestei negări de contratransfer este că clinicienii pot subdiagnostica psihopați, văzându-i astfel într-o formă mai tratabilă decât sunt ei în realitate. De exemplu, într-un studiu, doar jumătate dintre pacienții care întruneau criteriile DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) pentru TPAS au primit acest diagnostic (Gabbard și Coyne, 1987).

Subdiagnosticarea poate rezulta din faptul că acești pacienți sunt văzuți mai degrabă ca narcisiști decât ca psihopați, ca imaturi — cu o

structură de caracter care nu este încă bine „formată", sau drept consumatori de substanțe ca primă cauză. De fapt, consumul de substanțe poate fi folosit ca o scuză chiar de către aceștia. În unele cazuri, medicii pot fi de acord cu această scuză, aducând argumentul că faptele pacientului s-au produs doar atunci când se aflau sub influența drogurilor sau alcoolului, deci pacientul nu ar trebui să fie văzut ca un antisocial. Acești medici vor spune că tratarea acestui consum de substanțe va elimina comportamentul antisocial. Acest punct de vedere nu ia în considerare întrepătrunderea mare care există între psihopatie și consumul de substanțe, așa cum a fost descris mai sus. Mai mult, unele studii au arătat că un diagnostic de consum de substanțe comorbid nu îmbunătățește perspectivele psihopatului pentru modificări psihologice (Gabbard și Coyne, 1987; Woody et al., 1985).

Din cauza posibilității contaminării contratrasferențiale în diferențierea dintre pacientul antisocial tratabil și psihopatul adevărat, criteriile obiective sunt esențiale pentru stabilirea acestei diferențieri. Se știe că nu te poți baza pe „flerul" legat de diferite trăsături bune ale anumitor pacienți. Într-un studiu pe pacienți spitalizați cu trăsături antisociale, au fost identificați trei factori de răspuns relativ bun la tratament pentru acești pacienți aflați într-o clinică psihiatrică generală (Gabbard și Coyne, 1987) (Tabel 17–2).

Așa cum s-a discutat mai sus în acest capitol, prezența unui diagnostic pe Axa I de episod depresiv major elimină (conform definiției) prezența unei psihopatii adevărate. Pacienții care întrunesc criteriile pentru o depresie pe Axa I au o oarecare dezvoltare a Supraeului și o anumită capacitate, chiar dacă minimă, pentru remușcări. În mod similar, prezența anxietății presupune o anumită îngrijorare a pacientului în legătură cu comportamentul său și consecințele acestui comportament. În cele din urmă, prezența pe Axa I a unui diagnostic de psihoză, cum ar fi mania, sugerează că un tratament farmacologic poate îmbunătăți prognosticul. Este bine cunoscut faptul că indivizii aflați în plin episod maniacal prezintă adesea un comportament antisocial.

Tratamentul farmacologic nu s-a dovedit eficient pentru psihopatul adevărat (Halleck, 1981). Același studiu schițează câțiva factori de răspuns negativ la tratament pentru acești pacienți (vezi Tabelul 17–2). Atunci când nu există altă soluție pentru menținerea unui tratament la pacienții psihopați, ei pot beneficia de o spitalizare nevoluntară într-o instituție specializată. Psihopații care sunt obligați să accepte tratament spitalizat ca o alternativă la detenție vor exploata pur și simplu oportunitatea de a putea înșela personalul medical, care oricum este mai degrabă dornic să vadă acești pacienți ca fiind bolnavi sau „dizabilitați" decât să-i vadă ca pe niște criminali care au nevoie să fie pedepsiți. În aceste condiții, pacienții fie vor „distruge" clinica, fie vor trece pur și

Tabel 17–2. Factori de răspuns pozitiv sau negativ la tratamentul într-o clinică psihiatrică generală.

Răspuns negativ
Antecedente de arest pentru infracțiune
Antecedente de minciuni și înșelăciuni repetate
Situații legale nerezolvate la momentul internării
Antecedente de condamnări pentru infracțiune
Spitalizare forțată ca alternativă la închisoare
Antecedente de violență față de alții
Diagnostic pe Axa I de leziune organică cerebrală
Răspuns pozitiv
Prezența anxietății
Diagnostic pe Axa I de depresie
Diagnostic pe Axa I de psihoză, altul decât depresie sau sindrom organic cerebral

Notă. Bazat pe Gabbard și Coyne, 1987.

simplu prin etapele tratamentului fără nici un efect. Mulți pacienți vor folosi spitalul pentru „a se ascunde" de o situație juridică nerezolvată care presupune prezentarea în instanță. Antecedente serioase de violență pot prevesti un răspuns slab la tratament, din cauza faptului că atunci când acești pacienți devin frustrați pot apela la violență, fie împotriva personalului medical, fie împotriva altor pacienți. De asemenea, un deficit organic cerebral serios poate interfera cu abilitatea pacientului de a înțelege și de a putea beneficia de feedback-ul constructiv oferit de mediul spitalicesc, situație care poate în schimb să crească sentimentul de frustrare.

Pacienții antisociali au rareori toți factorii de prognostic pozitiv și rareori le lipsește unul dintre factorii de prognostic negativ din Tabelul 17–2. Deși nu există pacient antisocial ideal, fiecare factor de prognostic pozitiv suplimentar crește șansele pentru un tratament spitalizat și fiecare factor de prognostic negativ scade șansele pacientului pentru tratament (Gabbard și Coyne, 1987).

Chiar și cu un profil relativ favorabil, pacienții antisociali prezintă o mulțime de dificultăți într-un mediu psihiatric tipic. Doar tratamentul spitalizat pe termen lung are șanse să producă o modificare susținută la acești pacienți. Ei încearcă în mod natural să continue modelul lor de a reacționa impulsiv, transformând sentimentele lor în fapte. Baza tratamentului trebuie deci să fie asigurată de o structură controlată strict. Încă din prima zi, medicii trebuie să anticipeze și să se adreseze eventualelor forme de acting-out în spital. Anumite așteptări trebuie clarificate încă de la internare. De exemplu, pacientului trebuie să i se explice că, consumul de substanțe, violența, furtul și relațiile sexuale cu

alți pacienți nu vor fi tolerate. Dacă pacientul este un consumator cronic, toată corespondența trebuie deschisă în fața personalului medical pentru a preveni contrabanda cu droguri. Pacienților trebuie să li se explice clar că vor fi însoțiți de către personalul medical de fiecare dată când vor părăsi clinica și că vor rămâne în acest regim pentru o perioadă destul de mare de timp. Accesul la telefon, bani sau cărți de credit trebuie, de asemenea, restricționat. Pacientul trebuie informat clar că orice fel de încălcare a acestui sistem va avea consecințe, cum ar fi restricția la cameră. Tratamentul va fi inițial de probă — ca o perioadă de evaluare —, pentru a determina care este tratamentul care i se potrivește cel mai bine pacientului. Toate aceste condiții trebuie să fie scrise sub forma unui „contract" la momentul internării, pacientul având o copie a acestuia.

Personalul medical trebuie să își monitorizeze atent reacțiile de contratransfer, atât fiecare în parte, cât și ca grup. Trei reacții obișnuite ale personalului medical sunt neîncrederea, coluziunea și condamnarea (Symington, 1980). *Neîncrederea* se exprimă prin negarea faptului că pacientul chiar este foarte bolnav. Considerarea de către personalul medical a comportamentului antisocial ca fiind cauzat de consumul de substanțe sau de către probleme de adolescență poate duce la negarea prezenței trăsăturilor antisociale și considerarea pacientului ca deprimat sau neînțeles.

Coluziunea este una dintre cele mai problematice forme de contratransfer. Pe parcursul tratamentului spitalizat al pacienților antisociali aceștia încearcă frecvent să corupă personalul medical. Având credința că ajută pacientul, membrii personalului implicați în astfel de reacții de contratransfer pot comite acte ilegale sau se pot comporta neetic. De asemenea, se știe că aceștia pot să mintă în favoarea pacientului, să falsifice fișele medicale, să intre în relații sexuale cu pacienții antisociali sau să-i ajute pe aceștia să fugă din spital. Aceste dezvoltări contratransferențiale pot fi înțelese ca parte a procesului de identificare proiectivă prin care un aspect corupt al Sinelui pacientului intră în îngrijitor și transformă comportamentul acestuia. Membrii personalului medical care se implică în astfel de acte de contratransfer adesea raportează situații de genul „parcă nu eram eu însumi".

Altă modalitate de a conceptualiza aceste coluziuni de contratransfer este de a considera că ele sunt rezultatul a ceea ce Meloy (1988) numea pseudoidentificare malignă. În acest proces, „psihopatul imită în mod conștient sau simulează în mod inconștient un anumit comportament pentru a crește identificarea victimei cu acest individ, astfel crescând vulnerabilitatea victimei față de exploatare" (p. 139). Simulând plânsul, remușcarea sau tristețea, pacienții antisociali manipulează personalul medical pentru a empatiza cu ei. Dacă doar unul dintre îngrijitori vede această prezentare a Sinelui simulată, se poate ajunge la o ruptură în cadrul personalului medical. Cei implicați în pseudoidentificarea

malignă vor apăra ferm pacientul împotriva „atacurilor" din partea celorlalți membri ai personalului. Meloy a subliniat că aceste afecte simulate ale pacientului pot fi adesea identificate prin sentimente de contratransfer sadice în fața unei revărsări de tristețe a pacientului și prin recompensarea aparent rapidă a acestuia, lăsând observatorii cu impresia că au fost martorii unei performanțe.

Condamnarea este a treia reacție de contratransfer frecventă. Se manifestă adesea în exprimări ale personalului medical de genul că pacientul este complet netratabil și că nu merită să se facă nici un fel de efort pentru a se stabili o relație terapeutică. Această decizie poate fi luată evaluând în mod rațional factorii obiectivi, dar este mai adesea o reacție automată la evocarea istoricului acțiunilor antisociale ale pacientului. Această reacție automată poate fi considerată contratransferențială, datorită faptului că se bazează pe experiența anterioară a medicului cu alți indivizi similari. Condamnarea care ia naștere dintr-o colaborare intensă cu pacientul poate fi înțeleasă ca o identificare proiectivă cu introiecția agresivă a pacientului.

Alte reacții de contratransfer frecvente în tratamentul pacienților antisociali includ sentimente de neajutorare și neputință în fața pacienților rezistenți la tratament, dorințe de a distruge pacientul care iau naștere din furie și sentimente de incapacitate și pierdere a identității (Strasberger, 1986). Personalul medical se teme adesea de atacuri agresive din partea acestor pacienți, care sunt frecvent amenințători și periculoși. (Anumiți pacienți psihopați le evocă o frică intensă îngrijitorilor lor numai printr-o simplă privire [Meloy, 1988].) Frica de atacuri din partea acestora poate determina personalul medical să evite impunerea unei organizări ferme de care pacientul are atâta nevoie. Explicația personalului medical pentru această organizare mai lejeră și indulgență față de pacient este evitarea provocării furiei și violenței pacientului. Probabil una dintre cele mai problematice reacții de contratransfer este luarea în considerare a complexității psihologice a individului psihopat (Meloy, 1995). Personalul medical din instituțiile clinice are adesea mari dificultăți să accepte faptul că psihopatul este fundamental *diferit* de ei. Acesta nu are nici un fel de grijă față de sentimentele sau siguranța altor persoane și interacționează cu personalul medical doar pentru propriul lui interes. Psihopatul poate exploata acest punct sensibil al contratransferului prezentându-se pe sine ca identic cu îngrijitorii săi. Această *gemelaritate narcisică* este o tactică frecventă pentru a-i înrola pe membrii personalului medical într-o coluziune coruptă. Convingând personalul medical că ei și el sunt fundamental la fel, pacientul câștigă încrederea acestora și o dată cu aceasta mai multă libertate și putere. Această acordare la personalul medical reflectă simțul puternic de empatie prezent la mulți pacienți psihopați, în ciuda imaginii tradiționale a acestora de a nu putea fi empatici față de alții.

Un aspect important al tratamentului pacienților antisociali pe perioada spitalizării trebuie să fie concentrarea asupra proceselor de gândire defectuoase (Yochelson și Samenow, 1976). Când pozează în victime atunci când sunt trași la răspundere pentru faptele lor, ei trebuie să fie confruntați cu responsabilitatea pe care o au față de ceea ce fac. Personalul medical trebuie, de asemenea, să funcționeze ca un Eu auxiliar în termenii de judecată. Personalul trebuie să sublinieze în permanență faptul că acești pacienți nu reușesc să anticipeze consecințele comportamentului lor.

Pacientul antisocial tinde să treacă direct de la impuls la acțiune. De aceea, personalul medical trebuie să ajute acești pacienții să insereze *gândirea* între impuls și acțiune. Cu alte cuvinte, de fiecare dată când un pacient antisocial are un impuls, personalul medical trebuie să-l încurajeze să se gândească la consecințele acțiunilor lui. În mediu spitalicesc, pacienții trebuie să învețe că impulsurile și acțiunile iau naștere din sentimente. Adesea limbajul emoțiilor le este atât de străin acestor pacienți, încât ei nu-și pot identifica propriile trăiri interioare. Impulsivitatea acestor pacienți poate fi recunoscută prin riscul mare de suicid pe care îl prezintă. Într-un studiu din Colorado pe 4 745 de subiecți, comportamentul antisocial a fost asociat cu riscul de suicid atât la femei, cât și la bărbați (Verona et al., 2004). Autorii au observat că comportamentul suicidar în acest lot nu era neapărat legat de o tulburare depresivă comorbidă.

Toate aceste strategii se bazează pe domeniul „aici și acum", pentru că explorarea originilor din copilărie la acești pacienți este adesea nefolositoare. Orice încercare a pacientului antisocial de a corupe personalul medical trebuie să fie confruntată *atunci când apare*. Dacă intervenția nu este făcută imediat după comportamentul de acting-out, pacientul poate să-l îndepărteze din minte sau să-l uite.

Deși lipsa empatiei este considerată o caracteristică a TPAS, această abordare este problematică. Mulți indivizi antisociali au o capacitate bine dezvoltată de a recunoaște trăirile interne ale altei persoane pentru a putea să exploateze acea persoană. În aceste condiții, o lipsă de compasiune sau rezonanță emoțională poate fi o descriere mai bună pentru a caracteriza acest subgrup de pacienți antisociali.

Dl JJ, un bărbat de 40 de ani, a fost internat în spital pentru că susținea că era deprimat după moartea soției și copiilor într-un accident de mașină. El s-a prezentat profund îndurerat în fața psihiatrei care l-a internat, știind că aceasta va fi impresionată de devotamentul său profund pentru soția sa decedată. A povestit pe larg cum relația cu soția sa era totul pentru el. La un moment dat, i-a spus psihiatrei: „Nu făceam doar sex. Făceam dragoste". Psihiatra a fost profund impresionată de felul în care a descris el relația sa intimă cu soția sa și era convinsă că spune adevărul. După ce a înșelat mai mulți pacienți vânzându-le loturi de pământ

inexistente, a dispărut din spital. Mai târziu s-a aflat că dl JJ fabricase întreaga poveste despre familia sa și că folosise aceeași metodă pentru a putea să se interneze la mai multe spitale unde își punea în aplicare planul de înșelătorie. Psihiatra lui s-a simțit înșelată și umilită de întreaga situație.

17.3.2 Psihoterapia individuală

Psihoterapia individuală, în afara cadrului spitalului la pacienții antisociali severi, este sortită eșecului. Afectele se vor transpune în fapte pentru că nu există un cadru care să le poată ține sub control. Mai mult, minciunile și înșelăciunile pacientului sunt atât de răspândite, încât terapeutul nu va mai ști ceea ce este real în viața pacientului. Într-o instituție sau spital, sunt motive pentru un optimism prevăzător legat de psihoterapia cu un subgrup selectat de pacienți antisociali. Având în vedere tratamentul medicamentos, sarcina terapeutului este să stabilească ce pacienți merită timpul, efortul și banii pentru un proces terapeutic pe termen lung cu un rezultat final nesigur.

În prezent, nu sunt suficiente date din studii empirice controlate care să ofere multe încurajări pentru un efort terapeutic. Meloy (1995) a furnizat axioma generală că severitatea psihopatiei ar trebui să fie invers proporțională cu eforturile terapeutice. El a mai arătat că siguranța clinicianului și disponibilitatea unei supervizări trebuie să fie întotdeauna preocupări majore.

Psihopatul adevărat, în sensul dinamic, nu va răspunde la psihoterapie și deci nici ea nu ar trebui să fie încercată (Kernberg, 1984; Meloy, 1988, 1995; Woody et al., 1985). Mergând de-a lungul continuum-ului, pacientul care are o tulburare de personalitate narcisică cu trăsături severe antisociale este într-o câtva mai ușor de influențat de către psihoterapie. Acești pacienți pot dezvălui în mod subtil sentimente de dependență în procesul de transfer, comportamentul lor antisocial poate avea o trăsătură exasperată legată de el și „obiectul lor ideal" intern poate fi ceva mai puțin agresiv decât cel al unui psihopat adevărat (Kernberg, 1984; Meloy, 1988). Ei pot face încercări de justificare sau explicare a comportamentului lor, acest lucru reflectând existența unui sistem de valori rudimentar. Tratabilitatea lor va fi determinată în special de abilitatea lor de a realiza anumite aparențe ale unui atașament emoțional față de alții și de capacitatea lor de a exercita anumite funcții ale unui Supraeu rudimentar.

Prezența unei depresii adevărate pare a fi un semn bun pentru șansele de psihoterapie, la fel cum este și un factor de răspuns pozitiv la tratamentul spitalizat. Într-un studiu pe pacienți cu TPAS care erau și dependenți de opiacee, prezența depresiei arăta că aceștia sunt

potriviți pentru psihoterapie, chiar dacă continuau să aibă manifestări comportamentale de psihopatie (Woody et al., 1985). Pacienții antisociali din studiu care nu aveau depresie au răspuns slab la psihoterapie. Absența relaționării cu alte persoane a fost cel mai negativ factor de răspuns la tratament.

Clinicienii care evaluează pacienții antisociali trebuie să se simtă liniștiți atunci când nu recomandă nici un tratament. Această decizie poate fi luată perfect rațional bazată pe punctele puternice și slabe ale pacientului și pe eventualul pericol reprezentat de pacient față de cei care încearcă să-l trateze. Această modalitate de a evalua tratabilitatea diferă foarte mult de răspunsul de contratransfer automat descris mai devreme. Meloy (1988), folosind experiența sa îndelungată în psihoterapia psihopaților, a identificat cinci trăsături clinice care au contraindicația absolută pentru psihoterapie (Tabel 17–3). Răutatea sadică față de alte persoane, lipsa oricărei forme de remușcare și lipsa atașamentului emoțional sunt trei elemente-cheie care diferențiază psihopatul de pacientul narcisic cu șanse mai mari de răspuns la tratament. Sentimentele de contratransfer îngrijorătoare care îi produc terapeutului teamă pentru siguranța proprie pot fi paralizante și pot împiedica orice eforturi terapeutice constructive. În fine, contraindicațiile paradoxale atât pentru cei cu un grad de inteligență ridicat, cât și pentru cei cu unul scăzut reflectă priceperea deosebită a pacientului de a zădărnici procesul terapeutic sau inabilitatea cognitivă a acestuia de a înțelege intervențiile terapeutului.

Înșelarea altor persoane este un mod de viață pentru pacienții antisociali. Ei simt o stare de încântare sau chiar bucurie enormă de fiecare dată când reușesc să-și „păcălească" terapeutul (Bursten, 1972; Meloy, 1988). Invidia inconștientă față de trăsăturile pozitive ale terapeutului conduce la acest ciclu repetitiv de înșelăciuni. Sentimentul de triumf la reușita unei minciuni este însoțit de dispreț, acesta servind ca

Tabel 17–3. Trăsături clinice care contraindică orice formă de psihoterapie.

Antecedente de comportament violent sau sadic față de alte persoane care au avut ca rezultat vătămare gravă sau moarte
Absența totală a oricărei forme de remușcare sau explicare a comportamentului
Grad de inteligență foarte ridicat sau un grad ușor de retardare mintală
Incapacitate evidențiată anamnestic de a dezvolta un atașament emoțional față de alte persoane
Reacție intensă de contratransfer, din partea clinicienilor experimentați, reprezentată de frica pentru propria siguranță, chiar și în absența unor comportamente precipitante clare din partea pacientului

Sursă. Bazat pe Meloy, 1988.

mecanism de apărare împotriva invidiei. Evitarea pacientului de a intra într-o colaborare strânsă cu terapeutul are rolul de a preveni sentimentele de invidie, dar lasă pacientul cu un sentiment de gol interior.

Dacă terapeuții pot accepta că acești pacienți sunt capabili de a-i înșela, ei pot continua psihoterapia bazându-se pe recomandările terapeuților care au o experiență îndelungată cu acest gen de pacienți (Adler și Shapiro, 1969; Frosch, 1983; Kernberg, 1984; Lion, 1978; Meloy, 1988, 1995; Person, 1986; Reid, 1985; Strasberger, 1986; Vaillant, 1975). Aceste recomandări pot fi concentrate în șapte principii fundamentale:

1. *Terapeutul trebuie să fie constant, tenace și total incoruptibil.* El trebuie să fie foarte scrupulos în menținerea normalității procedurilor terapeutice, mai mult decât în cazul oricărui alt grup (Person, 1986). Devierea de la structura și contextul uzual al ședințelor este nerecomandată. Acești pacienți vor face absolut orice să corupă terapeutul într-o abordare neetică și neonestă. Filmul lui David Mamet, *House of Games* (1987), descrie pericolele încercărilor de ajutorare a pacienților antisociali prin îndepărtarea de la rolul de terapeut și supraimplicarea în viața pacientului.
2. *Terapeutul trebuie să confrunte în mod repetat negarea pacientului și minimizarea comportamentului antisocial.* Negarea permanentă se infiltrează chiar și în exprimarea verbală a pacientului antisocial. Dacă pacientul spune, „Ce l-am păcălit pe acesta", terapeutul trebuie să clarifice, „Deci, ești un hoț". Dacă pacientul spune, „L-am terminat pe tipul acela", atunci terapeutul trebuie să-l confrunte cu răspunsul, „Atunci ești un criminal". Această tehnică de confruntare repetată îi dă posibilitatea terapeutului să ajute acești pacienți să conștientizeze tendința de externalizare a tuturor responsabilităților și astfel ei să înceapă să realizeze și să accepte responsabilitatea pentru comportamentul lor antisocial.
3. *Terapeutul trebuie să ajute pacientul să-și conecteze acțiunile cu stările interioare.* Ca și în cazul pacienților antisociali supuși tratamentului spitalizat, cei aflați în psihoterapie individuală necesită educație în acest domeniu.
4. *Confruntările comportamentelor actuale sunt mult mai eficiente decât interpretările materialului inconștient din trecut.* În particular, denigrarea terapeutului de către pacient și devalorizarea disprețuitoare a procesului terapeutic trebuie să fie contestate în mod repetat.
5. *Contratransferul trebuie să fie monitorizat riguros pentru a preveni acting-out-ul terapeutului.* Orice fel de coluziune trebuie să fie evitată atent, în ciuda tendinței de a „merge pe calea rezistenței minime".
6. *Terapeutul trebuie să evite să aibă așteptări excesive de îmbunătățire.* Pacienții antisociali vor detecta acest *furor therapeuticus* și se vor bucura grozav dacă pot zădărnici dorința terapeutului de a-i schimba.

Terapeuții a căror stimă de sine depinde de ameliorarea stării acestor pacienți nu ar trebui să trateze pacienți antisociali.

7. *Afecțiunile tratabile, cum ar fi tulburările de Axa I, ar trebui să fie identificate și tratate.*

Ar mai fi de adăugat ceva. Terapeuții care tratează pacienții antisociali nu se pot aștepta să mențină o poziție neutră în ceea ce privește activitățile antisociale ale pacienților. A încerca acest lucru ar însemna garanția coluziunii cu acțiunile pacientului. Mai la obiect, scandalizarea morală a terapeutului va fi evidentă în nenumărate comunicări verbale și intonații ale vocii, astfel încât pacientul va vedea orice efort de neutralitate ca fiind ipocrit. Când terapeuții rămân șocați de un comportament al pacientului, ei ar trebui pur și simplu să o spună (Gedo, 1984). Empatia, în acord cu abordarea psihologică a Sinelui, este atât neindicată, cât și conspirativă în astfel de cazuri.

Chiar în cazul în care terapeutul poate naviga printre numeroasele obstacole de rezistență pe care le prezintă un pacient antisocial, încercările de a fi eficient se pot întoarce împotriva lui. Terapeuții competenți, care sunt capabili să se ferească să fie distruși de către pacient sunt cei care trezesc cel mai frecvent în pacient sentimente de invidie intensă, care pot ieși la suprafață ca ură față de obiectul idealizat sau îndrăgit (de exemplu, terapeutul), ducând în final la o reacție terapeutică negativă și refractară. În ciuda acestor vicisitudini, mulți clinicieni experimentați cred că încercările terapeutice cu acești pacienți dau rezultate suficient de frecvent pentru a merita aceste eforturi eroice.

17.3.3 Perspective asupra prevenției

Cunoștințele noastre tot mai bogate despre întrepătrunderea genetică cu factorii de mediu în patogenia TPAS deschid posibilități de prevenție prin intermediul abordării părinților sau îngrijitorilor copiilor cu risc, aflați la vârste fragede. Nagin și Tremblay (2001) au urmărit traiectoriile de dezvoltare pentru agresiunea fizică la 1 037 de băieți în vârstă de la 6 la 15 ani aflați într-o populație cu risc înalt. Băieții de grădiniță care au prezentat un nivel înalt de hiperactivitate și opoziție au avut un risc mai mare pentru agresiune persistentă. Totuși la acești băieți de grădiniță care manifestau un nivel înalt de agresiune fizică, trăsătura caracteristică a fost faptul că la naștere mamele au avut o vârstă adolescentină și un nivel educațional scăzut. Important în acest studiu este faptul că doar caracteristicile mamei au avut o valoare predictivă importantă. Caracteristicile tatălui nu au avut valoare predictivă.

Reiss et al. (1995, 2000) au accentuat faptul că comportamentul antisocial este parțial predictibil de către reacțiile parentale excesiv de

dure la caracteristicile moștenite ale copilului. Se poate specula că o intervenție timpurie cu terapie de familie sau poate terapie individuală cu mamele copiilor cu risc înalt poate ajuta la prevenirea dezvoltării unui comportament antisocial sau chiar a TPAS. Deși nu există încă studii care să confirme această ipoteză, rezultatele unui studiu de urmărire pe termen lung a impactului vizitelor la domiciliu a unui asistent social asupra comportamentului antisocial al copilului sunt foarte sugestive (Olds et al., 1998). Investigatorii au desemnat prin randomizare un asistent social pentru noile mame cu risc înalt. Vizitele au început din timpul sarcinii și au continuat până la vârsta de 2 ani a copilului. Grupul de comparație a beneficiat de îngrijire prenatală standard și servicii clinice de creșă. Mamele înrolate erau în proporție de 85% tinere, necăsătorite sau cu un statut socioeconomic scăzut. Vizitele asistenților sociali au fost în medie de 9 ori în timpul sarcinii și de 23 de ori în perioada de la naștere până la vârsta de 2 ani a copilului. La aceste vizite s-a pus accentul pe trei aspecte ale funcționării materne: comportamente legate de sănătate, îngrijire competentă a copilului și dezvoltare personală maternă. După o perioadă de urmărire de 15 ani, adolescenții născuți de mame care au primit asistență au avut rate semnificativ mai scăzute de comportament antisocial decât subiecții de control. De asemenea, ei au prezentat rate mai scăzute de abuz de substanțe și mai puțini parteneri sexuali de-a lungul vieții.

Aceste concluzii ridică și posibilitatea că intervențiile psihoterapeutice timpurii pot fi de ajutor asupra influenței exprimării genelor care conduc la comportamentul antisocial. Un beneficiu neglijat al psihoterapiei individuale este impactul pozitiv al acesteia asupra copiilor pacientului. În lumina pesimistă care înconjoară tratamentul TPAS, strategiile de prevenire sunt de o importanță crucială din punctul de vedere al sănătății publice.

18. Grupa B
Tulburări de personalitate
Isterică și histrionică

Criteriile DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) pentru tulburarea de personalitate histrionică (vezi Tabelul 18–1) nu cuprind personalitatea isterică bine integrată și cu funcționare mai înaltă. Această ultimă tulburare are o tradiție lungă printre clinicienii dinamici. Din păcate, criteriile pentru tulburarea de personalitate histrionică sunt atât de apropiate de tabloul clinic prezentat de pacienții narcisici și borderline, încât nu se pretează ușor în ceea ce-l privește pe pacientul isteric tradițional. Deoarece atât tulburarea de personalitate isterică de înalt nivel, cât și tulburarea de personalitate histrionică mai primitivă se întâlnesc frecvent în practica clinică, ambele sunt tratate în acest capitol într-un efort de a realiza distincții clinice utile.

18.1 Isteric versus histrionic

Natura puternic ateoretică a criteriilor tulburării de personalitate în DSM-IV-TR este deosebit de problematică atunci când luăm în considerare pacienții cu tendințe isterice sau histrionice. Pentru a determina tratamentul apropriat pentru acest grup divers de pacienți, o evaluare psihodinamică atentă este mult mai crucială decât o catalogare descriptivă a comportamentelor manifeste. O sursă primară de confuzie în literatura corelată a fost constituită de tendința de a pune bază pe caracteristicile comportamentale în locul înțelegerii psihodinamice.

O altă sursă de confuzie este aceea că termenul *isteric* a fost folosit nu doar pentru a descrie o tulburare de personalitate, dar și pentru a se referi la o boală, cu majoritate feminină, caracterizată prin operații frecvente și plângeri somatice multiple, și pentru a denumi simptome

Tabel 18–1. Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate histrionică.

Un pattern pervaziv de emotivitate excesivă și de căutare a atenției, începând cu vârsta adultă tânără și prezent într-o varietate de contexte, așa cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) nu se simte bine în situațiile în care el sau ea nu se află în centrul atenției
(2) interacțiunea cu ceilalți se caracterizează frecvent printr-un comportament seducător sexual inapropriat sau printr-un comportament provocator
(3) prezintă o expresie a emoțiilor superficială și rapid schimbătoare
(4) folosește în mod consecvent înfățișarea fizică pentru a atrage atenția asupra sa
(5) are un stil de vorbire care este excesiv de impresionist și lipsit de detalii
(6) manifestă autodramatizare, teatralitate și o expresie exagerată a emoției
(7) este sugestibil, adică e ușor influențat de alții sau de circumstanțe
(8) consideră relațiile ca fiind mai intime decât sunt de fapt

Sursă. Retipărit după Asociația Psihiatrică Americană, *Manual statistic și diagnostic al tulburărilor mintale (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.

conversive variate, cum ar fi paralizia sau orbirea, care nu au bază organică. Afecțiunea anterioară, cunoscută și ca isteria lui Briquet sau sindromul lui Briquet, este cuprinsă acum în tulburarea somatoformă în DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Simptomele conversive pot fi găsite acum pe Axa I, fiind cuprinse în tulburarea de conversie. Simptomatologia de conversie isterică este cea care i-a deschis lui Freud porțile inconștientului și a dus la dezvoltarea psihanalizei. Freud a înțeles simptomele conversive ca fiind simptome fizice simbolice care reprezentau dorințe instinctuale deplasate și refulate. Totuși, există un consens larg în psihiatria modernă asupra faptului că simptomele de conversie isterică și tulburarea de personalitate isterică nu sunt corelate nici clinic, nici psihodinamic (Chodoff, 1974). Deși simptomele de conversie pot apărea în contextul tulburării de personalitate isterice, ele pot să apară și într-o largă varietate de alte diagnostice de personalitate.

În timpul primei jumătăți de secol, conflictele intrapsihice asociate cu personalitatea isterică au fost considerate a fi derivate din probleme de dezvoltare genital-oedipiene. Parte din moștenirea muncii lui Freud cu simptomele de conversie isterică a fost reprezentată de viziunea mai generalizată conform căreia sexualitatea refulată era de importanță capitală atât în nevrozele de caracter, cât și în simptomele nevrotice. Eforturile psihanalitice nesatisfăcătoare clinic de a-i trata pe acești pacienți i-au făcut pe unii să pună sub semnul întrebării formularea lui Freud. Începând cu articolul clasic din 1953 al lui Marmor, literatura psihiatrică a identificat probleme pregenitale ca fiind centrale în patogeneza tulburării de personalitate isterice (Chodoff, 1974).

Literatura din ultimele trei sau patru decade a înregistrat o convergență de opinii cu privire la existența atât a pacienților isterici „sănătoși", cât și a celor „bolnavi" (Baumbacher și Amini, 1980–1981; Blacker și Tupin, 1977; Chodoff, 1974; Easser și Lesser, 1965; Horowitz, 1997, 2001; Kernberg, 1975; Lazare, 1971; Sugarman, 1979; Wallerstein, 1980–1981; Zetzel, 1968). Pacienții isterici „sănătoși" au fost numiți în feluri variate, inclusiv „buni", „falici" și „adevărați". Încă și mai multe etichete le-au fost aplicate celor din ultimul grup — „isterici orali," „așa-numiții buni isterici," „isteroizi" și „personalități infantile". Din motive de claritate, mă voi referi în acest capitol la grupul mai sănătos ca fiind cei cu tulburare de personalitate isterică și la grupul mai perturbat ca fiind cei cu tulburare de personalitate histrionică.

Definirea interrelației exacte dintre personalitatea isterică și cea histrionică este un proces controversat. Deși unii au argumentat că cele două sunt doar simple gradații de-a lungul unui continuum (Blacker și Tupin, 1977; Lazare, 1971; Wallerstein, 1980–1981; Zetzel, 1968), alții au văzut cele două grupuri ca fiind atât de diferite, încât să constituie entități distincte (Baumbacher și Amini, 1980–1981; Sugarman, 1979). Horowitz (1997, 2001) a observat că pacienții care demonstrează a avea un stil interpersonal caracteristic pentru o tulburare de personalitate histrionică pot fi din punct de vedere psihiatric sănătoși, nevrotici, narcisici ori borderline în termenii coerenței identității lor și ai continuității considerației lor pentru ceilalți. Aceste niveluri se diferențiază după nivelul de integrare a Sinelui și a altora în schemele individului asupra persoanei. Schemele de tip „complet bun" și „complet rău" care sunt clivate una de cealaltă se asociază cu nivelul borderline. Pacientul histrionic organizat la un nivel vulnerabil narcisic are o schemă de sine cu grad mai mare de coeziune, dar este vulnerabil în a se simți grandios sau extrem de sărăcit. Acești indivizi îi văd de asemenea pe ceilalți ca pe extensii ale lor. Pacientul histrionic organizat la nivel nevrotic, în modelul lui Horowitz, are conflicte interne nerezolvate vechi care sunt puse în act în cicluri repetitive de relații maladaptive în sfera intimității și a muncii. Pentru scopurile acestei discuții, pacientul histrionic organizat la nivel nevrotic este considerat identic cu pacientul cu tulburare de personalitate isterică, pe când pacienții cu personalități organizate la nivel narcisic sau borderline sunt cuprinși în grupul considerat a avea o tulburare de personalitate histrionică.

Ceea ce pare a lega persoanele isterice și histrionice este o suprapunere în ceea ce privește caracteristicile comportamentale aparente, cum ar fi emotivitatea labilă și superficială, căutarea atenției, funcționarea sexuală perturbată, dependența și neputința și autodramatizarea. Aceste calități au ajuns să fie asociate cu folosirea termenului „isteric" de către persoane nespecializate pentru a desemna hiperreacția dramatică. Paradoxul este că aceste caracteristici sunt mult mai tipice pentru pacienții

histrionici decât pentru cei isterici. Așa cum a observat Wallerstein (1980–1981): „Cei care, din punct de vedere comportamental, par mai isterici în sensul tipului de caracter isteric dramatic sau flamboiant sunt chiar aceia care arată mai puțin isterici în sensul dinamicii istericului „bun" sau „adevărat" (p. 540). Zetzel (1968) a observat în mod similar că „așa-numiții isterici buni" cu aparență isterică floridă sunt frecvent luați greșit drept pacienți isterici analizabili, de nivel înalt, deși sunt de fapt organizați primitiv și dificil de analizat — pacienții la care mă refer ca având o tulburare de personalitate histrionică.

Literatura care face distincția dintre cele două grupuri poate fi rezumată prin prezentarea caracteristicilor care diferențiază tulburarea de personalitate isterică de tulburarea de personalitate histrionică (Easser și Lesser, 1965; Kernberg, 1975; Lazare, 1971; Sugarman, 1979; Zetzel, 1968; Tabel 18–2). Personalitatea histrionică este mai floridă decât cea isterică în practic orice fel. Toate criteriile simptomatice din DSM-IV-TR sunt mai exagerate la persoana histrionică. O mai mare labilitate a afectului, o impulsivitate mai mare și un comportament seductiv mai accentuat sunt toate caracteristici definitorii. Sexualitatea acestor pacienți este frecvent atât de directă și de nemodulată, încât poate de fapt să-i „inhibe" pe membrii sexului opus. Nevoia lor imperioasă, exhibiționistă de a fi în centrul atenției poate să dea greș și în relațiile cu alții din cauza naturii sale dure. În această privință, acești pacienți au mult în comun cu persoane care au o tulburare de personalitate narcisică.

Prin contrast, persoanele care au o tulburare de personalitate isterică adevărată pot fi dramatice și exhibiționiste într-un mod mult mai subtil, iar sexualitatea lor poate fi exprimată mai cochet și mai atractiv. În plus, Wallerstein (1980–1981) a sugerat că un grup de pacienți isterici de înalt nivel nu sunt deloc dramatici sau flamboianți. El i-a descris pe acești pacienți ca fiind „persoane care nu ies în evidență, timide și chiar cu limba legată în întâlnirea interpersonală, la extrem, retrase și total inhibate în comportament și interacțiuni" (p. 540). El a subliniat în mod persuasiv că o focalizare pe comportamentul manifest mai degrabă decât pe dinamica subiacentă poate avea drept rezultat un diagnostic greșit.

Pacienții cu tulburare de personalitate isterică au frecvent un succes rezonabil în muncă și demonstrează a avea ambiție, precum și competitivitate constructivă. Acest control activ se poate juxtapune cu trăsătura de dependență, de lipsă de scop, de neputință, care-i împiedică pe pacienții histrionici să reușească cu excepția manipulării celorlalți pentru a le împlini nevoile. Pe când pacientul isteric adevărat a atins nivelul relațiilor de obiect întreg mature, caracterizate prin teme oedipiene triangulare, și a fost în stare să formeze relații semnificative cu ambii părinți, pacientul histrionic este fixat la un nivel diadic mai

Tabel 18–2. Diferențierea tulburării de personalitate isterică de tulburarea de personalitate histrionică.

Tulburarea de personalitate isterică	Tulburarea de personalitate histrionică
Emotivitate restrânsă și circumscrisă	Emotivitate floridă și generalizată
Exhibiționism sexualizat și nevoie de a fi iubit	Exhibiționism lacom cu o calitate orală, de cerere, care este „rece" și mai puțin atrăgătoare
Control bun al impulsului	Impulsivitate generalizată
Comportament seductiv subtil atrăgător	Comportament seductiv grosier, neadecvat și care ține la distanță
Ambiție și competitivitate	Lipsă de scop și neputință
Relații de obiect mature, triangulare	Relații de obiect primitive, diadice, caracterizate prin aderență, masochism și paranoia
Separările de obiectele iubite pot fi tolerate	Apare o anxietate de separare copleșitoare când este abandonat de obiectele iubite
Supraeu strict și unele apărări obsesionale	Supraeu lax și o predominanță a apărărilor primitive, cum ar fi clivajul și idealizarea
Dorințe de transfer sexualizate se dezvoltă gradat și sunt privite ca nerealiste	Dorințe de transfer sexualizate intense se dezvoltă rapid și sunt privite ca realiste

primitiv al relațiilor de obiect caracterizate frecvent prin aderență, masochism și paranoia.

Pacienții isterici pot tolera separarea de obiectele iubite chiar dacă ei pot identifica acele relații ca fiind principalul lor domeniu de dificultate. Pacienții histrionici, pe de altă parte, sunt frecvent copleșiți de anxietatea de separare când sunt separați de obiectele iubite. Supraeul strict și alte apărări obsesionale ale pacientului isteric contrastează cu Supraeul lax tipic al pacientului histrionic și cu apărările mai primitive predominante, cum ar fi clivajul și idealizarea.

Când pacienții isterici încep psihoterapia sau psihanaliza, dorințe sexualizate de transfer se dezvoltă gradat într-un timp considerabil și sunt văzute în general ca fiind nerealiste de către pacienții înșiși. Pacienții histrionici, pe de altă parte, dezvoltă aproape imediat dorințe de transfer pe care le văd frecvent ca pe expectații realiste. Când dorințele sunt frustrate, pacientul poate deveni furios pe terapeut pentru că nu îl gratifică. Zetzel (1968) a subliniat că pacientul isteric are capacitatea

de a diferenția alianța terapeutică de sentimentele de transfer și că această capacitate este intim legată de abilitatea de a separa realitatea internă de cea externă, o funcție a Eului care este compromisă la pacientul histrionic.

Trăsăturile care disting tulburarea de personalitate histrionică scot în evidență relația sa apropiată cu tulburarea de personalitate borderline. Kernberg (1975), de exemplu, a conceptualizat explicit personalitatea infantilă ca având o organizare a personalității subiacente de tip borderline. Acești pacienți nu se apără atât de sexualitatea genitală, cât se apără de oralitatea primitivă (Lazare, 1971).

Pe de altă parte, pacienții cu tulburare de personalitate isterică se prezintă de obicei cu probleme care au de-a face cu sexualitatea genitală per se sau cu dificultățile cu obiectele sexuale din viața lor. Deși femeia isterică a fost descrisă clasic ca „frigidă" sau anorgasmică, ea poate fi, de asemenea, promiscuă sau poate atinge orgasmul complet, dar să fie nesatisfăcută în mod fundamental cu relațiile ei sexuale. Poate fi incapabilă să-și ia un anagajament sentimental sau sexual față de un bărbat care este potrivit pentru ea, îndrăgostindu-se în schimb fără speranță de un bărbat indisponibil. O altă problemă recurentă pentru pacienta isterică este aceea că bărbații interpretează frecvent greșit acțiunile ei ca fiind avansuri sexuale, și ea este surprinsă în mod continuu de această neînțelegere — un fapt care reflectă natura inconștientă a comportamentului ei seductiv.

18.2 Sexul și diagnosticul

Pe parcursul întregii istorii a psihiatriei, personalitatea isterică a fost asociată cu sexul feminin. Această tendință de a gândi diagnosticul doar în legătură cu femeile se corelează mai mult cu stereotipurile culturale de rol sexual decât cu mecanismele psihodinamice. Halleck (1967) a subliniat că, în societatea noastră, bărbații deprivați tind să-și nege propriile nevoi și să-i atace pe cei de care se consideră respinși. Pe de altă parte, în societatea noastră, nu se așteaptă ca femeile să-și nege nevoile de dependență și au „puține oportunități să-și exprime agresivitatea direct" (p. 753). Copiii de sex feminin „sunt mai susceptibili să se adapteze la deprivare căutând să lege oameni [de ei] prin relații în care [femeia își asumă] un rol înalt dependent" (p. 753). Alții (Hollender, 1971; Lerner, 1974) au observat că trăsăturile personalității isterice reflectă expectațiile culturale despre cum se așteaptă ca femeile să se adapteze în societatea americană. O altă contribuție uluitoare la tendința copleșitoare de a vedea personalitatea isterică ca pe o boală a femeilor

este faptul că, cu câteva excepții, literatura despre această tulburare a fost scrisă în întregime de bărbați (Chodoff și Lyons, 1958; Luisada et al., 1974).

În ciuda asocierii predominante dintre personalitatea isterică și feminitate, tulburarea de personalitate isterică a fost extins documentată la bărbați (Blacker și Tupin, 1977; Bollas, 2000; Cleghorn, 1969; Halleck, 1967; Kolb, 1968; Lubbe, 2003; Luisada et al., 1974; MacKinnon și Michels, 1971; Malmquist, 1971). Descrierile pacienților isterici bărbați se încadrează în două subtipuri largi: cel hipermasculin și cel pasiv/ efeminat. Cei din subtipul hipermasculin sunt analogi în mod direct cu isterica clasică prin aceea că sunt caricaturi ale masculinității. Așa cum am notat în Capitolul 16, un studiu asupra 655 de studenți de colegiu (Klonsky et al., 2002) a găsit că atât trăsăturile narcisice, cât și cele histrionice erau asociate cu femei și bărbați care se comportau în mod tipic sexului lor. Ei pot fi „Don Juani" care se comportă seducător față de toate femeile și pot chiar să aibă un comportament antisocial. Subtipul bărbaților pasivi/efeminați pot fi bărbați „ostentativi" (MacKinnon și Michels, 1971), homosexuali flamboianți sau heterosexuali pasivi, impotenți cărora le este teamă de femei. Aceeași distincție dintre personalitatea isterică de nivel înalt și personalitatea histrionică de nivel mai scăzut poate fi făcută și la pacienții bărbați, fiind bazată în mare parte pe aceleași criterii folosite pentru a face distincția dintre cele două grupuri de femei.

Într-un studiu asupra 27 de bărbați cu tulburare de personalitate isterică, Luisada et al. (1974) au găsit că marea majoritate erau heterosexuali, dar că toți aveau o anumită formă de relații sexuale perturbate. Comportamentele antisociale, cum ar fi minciuna și lipsa de respect a obligațiilor, erau probleme comune în grup, așa cum erau și alcoolul și abuzul de drog. Acești investigatori au identificat atât subtipul pasiv/efeminat, cât și pe cel hipermasculin, cu relații instabile tipice pentru ambii. Mulți dintre acești pacienți ar primi probabil un diagnostic de tulburare de personalitate narcisică, unii cu trăsături antisociale, dar ca grup, ei tind să aibă mult mai multă căldură și empatie pentru alții decât narcisicul adevărat. Deși unii cercetători au încercat să lege psihopatia și tulburarea de personalitate histrionică (Hamburger et al., 1996), literatura aduce un suport mai degrabă slab pentru noțiunea că tulburarea de personalitate histrionică este o variantă de tip feminin a psihopatiei sau a tulburării de personalitate antisociale (Cale și Lilienfeld, 2002). Mitchell (2000) a argumentat că, prin feminizarea simptomelor isteriei în timp, pacienții isterici bărbați au devenit marginalizați în teoria și practica psihanalitică. Și totuși multe dintre aceleași teme apar la ambele sexe când au o tulburare de personalitate isterică sau histrionică. Acestea cuprind comportamentul seductiv, promiscuitatea, gelozia sexuală, aspirația către iubirea ideală, capriciile și sexualizarea.

18.3 Stilul cognitiv și mecanismele de apărare

Un aspect al funcționării intrapsihice care leagă tulburările de personalitate isterică și histrionică este *stilul cognitiv*. Shapiro (1965) a identificat stilul cognitiv tipic pentru pacienții cu aceste tulburări de personalitate ca fiind „global, relativ difuz și lipsit de precizie, mai ales de detalii precise. Într-un cuvânt, este impresionist" (p. 111). Când un terapeut îl întreabă pe un pacient cu acest stil cognitiv „Cum a fost weekendul tău?", răspunsul este foarte probabil a fi de genul „grozav" sau „de groază", fără nici un detaliu de sprijin. Același fel de răspuns este probabil aplicat și figurilor semnificative din viața pacientului. Când o pacientă isterică a fost pusă să-și descrie tatăl, ea a răspuns „E super!". În mod similar, când pacienții cu această formă de stil cognitiv abordează o sarcină, cum ar fi testarea psihologică, ei sunt înclinați să evite să se concentreze asupra faptelor și să răspundă în schimb intuitiv. Când un bărbat inteligent, profesionist de mare succes, a fost pus să estimeze populația Statelor Unite, el a răspuns grăbit „Nu știu. Cred că în jur de 5 miliarde". Când psihologul l-a presat pentru a spune ceva mai mult despre subiect, bărbatul a recunoscut că a spus populația lumii mai degrabă decât populația țării. Pacientul nu era ignorant, dar stilul lui cognitiv histrionic l-a făcut să se opună concentrării pe asemenea detalii. Terapeutul poate să aibă de suportat o frustrare considerabilă, de exemplu în obținerea de date în legătură cu istoria familială a unui pacient.

Acest stil cognitiv global, cu rolul de a impresiona, este strâns legat de folosirea unor mecanisme de apărare de către pacienții isterici și histrionici (Horowitz, 1977a, 1997, 2001). Acești pacienți inhibă prelucrarea informațiilor cu scopul de a bloca emoțiile puternice. Refularea, negarea, disocierea și represia sunt strategii defensive care scad, de asemenea, excitația emoțională. Acești pacienți pot spune „Nu știu" când ei de fapt vor să spună „Nu trebuie să știu" (Horowitz, 1997). În primele lucrări despre isterie, această blocare a legăturii emoționale era frecvent descrisă ca *la belle indifférence*, referindu-se la aparenta lipsă de preocupare a pacientei față de simptomele ei de conversie. Stilul cognitiv isteric sau histrionic poate fi vinovat pentru acest eșec de a integra sau de a recunoaște implicații, consecințe și detalii ale experienței.

Pe de altă parte, această inhibiție a excitației emoționale alternează în general cu expresii emoționale exagerate, menite să provoace reacții la alții. Pacienții isterici/histrionici își etalează atenția global și difuz, dar mult din concentrarea lor este asupra atenției pe care le-o acordă ceilalți.

Stările disociative, precum simptomele de conversie, au fost frecvent clasificate ca fenomene isterice, chiar dacă au fost găsite la pacienți cu o varietate de diagnostice. Manifestarea cea mai extremă a disocierii este tulburarea de identitate disociativă, care implică atât clivajul — în

sensul că reprezentări ale Sinelui diferite se mențin separate —, cât și refularea — în sensul că personalitatea primară nu are de obicei nici o amintire despre celelalte personalități. Reacțiile pacienților histrionici la ieșirile lor emoționale seamănă cu disocierea și cu tulburarea de identitate disociativă, deși sub formă atenuată. Acești pacienți au frecvent amintiri puține despre acțiunile lor, care, după spusele lor, par a fi „ale altcuiva".

O pacientă histrionică având și simptome disociative a descoperit tăieturi pe sânul ei drept, dar nu a putut să explice cum au apărut. La puțin timp după această descoperire, soțul ei a găsit-o în baie la ora 3 noaptea; era într-o stare disociativă și își tăia sânul încet cu o lamă de ras. Hipnotizată în scop diagnostic, pacienta a spus: „Trebuie să sufăr așa cum a suferit mama mea". Mama ei tocmai fusese operată de cancer la sân. Această pacientă ilustrează și mecanismul de apărare al identificării, o altă apărare isterică frecventă (MacKinnon și Michels, 1971).

Un alt mecanism de apărare final care poate fi găsit atât la pacienții isterici, cât și la cei histrionici este *emotivitatea* însăși. Emotivitatea intensă, deși superficială și trecătoare, poate să apere împotriva unor afecte mai profunde, resimțite mai adânc, pe care pacientul dorește să le evite (MacKinnon și Michels, 1971). Emotivitatea habituală împreună cu stilul cognitiv impresionist, global servește ca să-l împiedice pe pacientul histrionic să fie în contact cu orice stări afective autentice sau cu atitudini autentice față de sine și față de ceilalți.

18.4 Înțelegere psihodinamică

Deoarece o varietate de comportamente manifeste la ambele sexe sunt cuprinse în categoriile tulburărilor de personalitate isterică și histrionică, o evaluare psihodinamică atentă este crucială pentru stabilirea informată a tipului potrivit de psihoterapie. Pacientele cu stiluri de personalitate isterică și histrionică tind să întâmpine dificultăți în două dintre stadiile psihosexuale clasice ale dezvoltării: ele au experiența unei relative deprivări materne în timpul stadiului oral și au dificultăți în a rezolva situația oedipiană și a ieși din ea cu o identitate sexuală clară (Blacker și Tupin, 1977). Deși atât pacienții isterici, cât și cei histrionici au unele dificultăți cu probleme orale și oedipiene, pacientul histrionic întâmpină în mod evident o dificultate mai mare în stadiul mai timpuriu, pe când pacientul isteric este fixat primar în stadiul mai tardiv.

În cazul pacientei histrionice, lipsa de atenție maternă o face să se orienteze către tatăl său pentru gratificarea nevoilor de dependență (Blacker și Tupin, 1977; Hollender, 1971; MacKinnon și Michels, 1971).

Ea învață curând că tendința de a flirta și expresiile exhibiționiste dramatice ale emoțiilor sunt necesare pentru a atrage atenția tatălui său. Pe măsură ce se maturizează, ea învață că trebuie să-și reprime sexualitatea genitală pentru a rămâne „fetița tatei". Când fetița crește, nevoia primitivă caracteristică tuturor relațiilor ei sexuale poate fi numită „ecuația sân-penis". Ea se angajează frecvent într-un comportament sexual promiscuu care este în final nesatisfăcător, deoarece penisul bărbatului servește doar ca un substitut pentru sânul matern pe care ea îl dorește inconștient.

Femeia cu tulburare de personalitate isterică a negociat stadiul oral al dezvoltării cu un grad rezonabil de succes. Și ea este dezamăgită de mama ei, dar dezamăgirea apare într-un stadiu mai avansat al dezvoltării. În stadiul falic de dezvoltare care precedă direct situația oedipiană în plină înflorire, fetița trebuie să se împace cu faptul că ea nu o poate poseda fizic pe mama ei așa cum poate tatăl ei. Scopul individului isteric este de a fi obiectul dorinței pentru ceilalți (Bollas, 2000). În cazul fetiței, ea poate simți că a pierdut în fața mamei sale și va face tot posibilul pentru a deveni obiectul dorinței tatălui ei. Deseori, aceasta poate duce la o falsă autoadaptare în care ea își suspendă adevărata natură pentru a încerca să devină ceea ce vor alții. Multe femei isterice abordează bărbații încercând să devină ceea ce cred ele că ar vrea mai mult bărbatul ca ele să fie, și bărbații sfârșesc prin a fi dezamăgiți, deoarece simt că au fost induși în eroare prin prezentarea de sine falsă a femeii.

Bollas (2000) a observat că persoanele isterice tind să erotizeze o istorie de viață în care ele sunt obiectul erotic al altcuiva. Ele își petrec mult din viețile lor încercând să găsească „un obiect în așteptare" (p. 12) care le va acorda rolul de obiect al dorinței al acelei persoane. Fenomenul partenerilor romantici multipli tipic pentru tulburările de personalitate isterică și histrionică se desfășoară frecvent după un model fix: bărbatul romantic ales nu va fi niciodată cel potrivit și poate fi, așadar, înlocuit. În acest fel, aceste femei se păstrează pentru tată. Ca fetițe, ele își idealizează frecvent tatăl, poate ca pe singurul bărbat care merită avut. Acest atașament intens a dus la sentimente de rivalitate față de mamă și la dorințe active de a o înlocui. În cursul terapiei sau analizei, multe paciente isterice își reamintesc fantasme de această natură. Dacă ele percep că fraților lor li s-a dat un statut special în relația cu tatăl, în virtutea sexului lor masculin, ele pot de asemenea să dezvolte un resentiment adânc și pot deveni foarte competitive cu bărbații.

Deși anorgasmia a fost clasic asociată cu isteria, simptomatologia sexuală este de fapt mai variată la pacienții cu tulburare de personalitate isterică sau histrionică. Unii pot avea o funcționare sexuală relativ asimptomatică, dar sunt izolați de orice experiențe interioare autentice de iubire sau de intimitate în timpul relațiilor sexuale. Părțile sexuale

ale corpului pot fi exhibate prin feluri provocatoare de a se îmbrăca, deși există puțină excitație erotică asociată cu comportamentul provocator. De fapt, o reacție comună pacientelor isterice și histrionice este surprinderea resimțită când alții le răspund ca și cum ar fi seducătoare sau provocatoare sexual. Cu alte cuvinte, există o disociere între comportamentul sexualizat aparent cu rol inconștient de a atrage atenția și empatia dirijată spre cum îi va afecta pe ceilalți. Toată sexualitatea poate fi colorată cu înțelesuri incestuoase din cauza atașamentului oedipian față de tată. Aceste femei pot să aleagă și parteneri nepotriviți ca un mecanism suplimentar de apărare împotriva renunțării la dorințele oedipiene. Aceste mecanisme dinamice pot fi totuși ascunse și frecvent devin clare doar după o evaluare atentă. Deși unele paciente isterice pot avea atașamente pe față, conștiente față de tații lor, altele vor fi refulat această dimensiune a dezvoltării. Experiența lor conștientă în legătură cu tatăl lor poate fi colorată de mânie ca o apărare împotriva dorinței lor inconștiente. În mod similar, ele pot să nu fie conștiente de sentimentele lor de rivalitate față de mamă, pe care ele conștient o iubesc. Dovada dinamicii isterice la o pacientă poate veni în schimb din modele persistente de relații triangulare, cum ar fi să se îndrăgostească de bărbați însurați, sau din evoluții care apar încet în transfer, cum ar fi rivalitatea intensă cu alte paciente. Dacă dinamica este sau nu refulată poate să depindă de răspunsul tatălui la dorințele oedipiene ale fiicei sale. Dacă el consideră inacceptabile aceste sentimente, el îi va transmite și fiicei această atitudine, care va simți atunci că trebuie să le refuleze.

Comportamentul teatral exagerat tipic pentru acești pacienți este frecvent legat de o experiență esențială din copilăria timpurie care a implicat-o pe aceea de a nu fi recunoscut. Cu alte cuvinte, părinții care au fost prea preocupați de propria persoană, prea deprimați, sau care au avut prea multe resentimente față de nevoile de dezvoltare ale copilului lor pot să nu-și fi ascultat copilul și să nu fi recunoscut experiența afectivă internă a copilului. În acest sens, cei care au crescut copilul pot să nu-și fi îndeplinit funcția conținătoare necesară pentru a-l ajuta pe copil să prelucreze și să metabolizeze stări afective copleșitoare și înfricoșătoare. Așa cum a subliniat Riesenberg-Malcolm (1996), hiperbola sau exagerarea poate fi un efort pe care-l fac pacienții pentru a se distanța de ceea ce se întâmplă în interior în timp ce îi fac și pe alții să remarce emoții altfel nerecunoscute.

Multe dintre mecanismele dinamice ale dezvoltării care se aplică la pacientele isterice se aplică într-un mod similar la pacienții de sex masculin. În timp ce femeile isterice sunt frecvent „fata tatei", mulți bărbați isterici au fost „băieții mamei". Ei pot să reacționeze la probleme de separare-individuare în copilăria lor prin erotizarea obiectului absent (Bollas, 2000). În momentul în care obiectul matern este departe de ei, ei își imaginează mamele cu un alt bărbat care le este preferat. De aceea,

mulți bărbați isterici din varietatea Don Juan sunt chinuiți de o combinație între frica de separare și cea de excludere (Lubbe, 2003). Aceasta poate duce la comportamente hipermasculine în care ei demonstrează cum își învinge rivalii sexuali prin seducerea sistematică a femeilor, multe dintre ele fiind deja într-o relație cu un alt bărbat. Precum varianta sa feminină, bărbatul isteric își dorește să fie obiectul dorinței și poate să treacă de la o relație la alta căutându-și „obiectul în așteptare" doar ca să afle că nici una dintre ele nu-i oferă afirmarea specială pe care el o cere.

Alte adaptări sunt, de asemenea, posibile. Unii bărbați cu această configurație isterică vor alege un stil de viață de celibatar, cum ar fi preoția, pentru a-și menține inconștient loialitatea neștirbită față de mama lor. Alți băieți vor face față inadecvării sexuale pe care o percep prin activități hipermasculine solitare, cum ar fi exercițiile de bodybuilding. Astfel, ei se pot reasigura că sunt „adevărați bărbați" fără nimic care să-i facă să se simtă inferiori.

Nici o discuție despre isterie nu ar fi completă fără referire la incest și la seducția infantilă. Freud a crezut la început că multe dintre pacientele sale isterice fuseseră seduse de tații lor, deoarece el auzise frecvent astfel de istorii de la pacientele lui. El s-a convins mai târziu că multe dintre aceste istorii erau fantasme născute din dorințe oedipiene. În vârtejul discuțiilor furtunoase în jurul întrebării dacă viziunea lui Freud era corectă, mulți clinicieni au adoptat o poziție fie/fie. Fie fetițele sunt efectiv seduse, fie ele doar fantasmează seducția. Această dihotomie este complicată mai departe de faptul că multe femei victime ale incestului au totuși fantasme puternice și dorințe legate de cel care a comis incestul. Chiar femei care nu au fost niciodată violate de tatăl lor pot să aibă încă dorințe sexuale conștiente sau inconștiente puternice față de el. În final, există un teren de mijloc considerabil unde au loc interacțiuni erotizate care *nu* au drept rezultat incestul efectiv, dar care *încurajează* fantasmele.

În termenii patogenezei legate de dezvoltare a tulburării de personalitate histrionice și isterice, un istoric de incest este mult mai probabil să fie găsit la pacienta histrionică. Aceste paciente pot trece prin viața lor adultă repetând trauma originară prin căutarea unor bărbați care sunt interzișI într-un fel sau altul, cum ar fi terapeuții, bărbații căsătoriți sau șefii. Ele pot să încerce inconștient să controleze activ o traumă trăită pasiv, prin încercarea de a fi ea cea care o inițiază mai degrabă decât cea care i se supune pasiv.

Pacienta isterică este mult mai puțin susceptibilă să aibă un istoric de incest efectiv, dar poate să fi avut ceea ce a perceput ca fiind o relație specială cu tatăl său. Pacientele isterice au frecvent un tată care a fost nefericit cu soția sa și care s-a întors către pacientă pentru împlinirea și gratificarea care nu au fost posibile în casătorie. Pacienta poate să

primească un mesaj implicit că ea trebuie să rămână loială tatălui său pentru totdeauna pentru a-l salva dintr-o căsătorie nefericită. Tații aflați în această situație pot transmite semne subtile sau chiar declarate de dezaprobare ori de câte ori fiicele lor arată interes pentru alți bărbați. În acest scenariu, pacienta isterică poate să se găsească înconjurată de o dinamică similară incestului, doar că sub o formă atenuată. Pacientele isterice cu aceste mecanisme dinamice se pot trezi incapabile să renunțe la dependența lor față de tații lor și să-și continue viața.

18.5 Abordări terapeutice

18.5.1 Psihoterapia individuală

Pacienții cu tulburare de personalitate isterică răspund în general bine la psihoterapia expresivă individuală sau la psihanaliză. Aici, discuția se focalizează pe acei pacienți deoarece strategiile terapeutice potrivite pentru pacientul histrionic cu nivel scăzut de funcționare sunt similare cu cele folosite în tratamentul tulburării de personalitate borderline (Allen, 1977) discutate mai devreme (vezi Capitolul 15). Când sunt apropriate, modificările de tehnică necesare pentru tratamentul tulburării de personalitate histrionică sunt și ele discutate.

Deși unii pacienți cu tulburare de personalitate isterică se vor prezenta cu un simptom discret, cum ar fi disfuncția sexuală, ei încep mai frecvent psihoterapia din cauza unei insatisfacții generale cauzate de modalitățile lor de relaționare. Evenimentul precipitant poate fi desfacerea unei căsătorii sau a unei relații de iubire. Ei pot să aibă și sentimente vagi de depresie sau de anxietate legate de dezamăgirea în legătură cu partenerul lor actual (MacKinnon și Michels, 1971). Spre deosebire de mulți pacienți cu tulburări de personalitate din Grupele A și B din DSM-IV-TR, pacientul cu tulburare de personalitate isterică se atașează prompt de terapeut și dezvoltă rapid o alianță terapeutică în care terapeutul este perceput ca fiind de ajutor. Procesul psihodinamic va merge în general bine dacă terapeutul aderă la câteva principii generale.

Principii de tehnică

O regulă de bază în munca expresivă este de a se adresa rezistenței înainte de încercarea de a interpreta conținutul subiacent. În cazul pacientului isteric, această axiomă dictează faptul că mai întâi trebuie

ca terapeutul să se adreseze stilului cognitiv al pacientului, deoarece el este atât de intim legat de configurația lui defensivă. Pacienții isterici încep frecvent psihoterapia cu așteptarea inconștientă ca terapeutul să fie în stare să-i înțeleagă intuitiv, nonverbal și global, fără detalii ale lumii lor intrapsihice (Allen, 1977). Această expectație este legată frecvent de o dorință pregnantă ca mama și/sau tatăl să-i fi recunoscut și înțeles în copilărie. Astfel, așteptarea de a fi văzut, auzit și înțeles este încărcată cu un amestec de speranță și dezamăgire (Riesenberg-Malcolm, 1996). Acestor pacienți le este frică că performanța lor va fi respinsă sau denigrată de terapeut. Într-adevăr, o reacție contratransferențială frecventă la exprimări exagerate ale emoției este exact acel tip de dispreț. Terapeutul trebuie să aprecieze că ceva important este comunicat prin exprimarea hiperbolică a emoției și, de asemenea, că aceste sentimente exagerate conțin un miez de adevăr. Ceva disperat îi este comunicat terapeutului — ceva de genul: „Te rog, recunoaște-mă! Te rog, fii atent la durerea mea!".

Chiar când terapeutul empatizează cu comunicarea afectivă, el sau ea trebuie și să-i transmită pacientului că sunt necesare mai multe detalii pentru o înțelegere deplină. Această abordare îl încurajează pe pacient să înceapă să articuleze în cuvinte ceea ce este transmis prin sentimente. Unele întrebări bine plănuite sunt utile: De ce anume îi este frică pacientului? Ce vrea pacientul? Care sunt conflictele pe care le simte pacientul (Horowitz, 1997)? Terapeutul poate și să încerce să pună în cuvinte sentimentele pacientului bazate pe ceea ce el sau ea observă. Această perspectivă din afară (Gabbard, 1997) poate să-i ajute pe pacienți să câștige un simț al Sinelui mai dezvoltat prin internalizarea viziunii pe care o are terapeutul asupra lor.

Experiența internă a pacientului isteric este frecvent cea a unei frunze în vânt purtate de stări afective puternice. Poate să existe o refulare completă a ideilor care leagă un sentiment de altul. Prin solicitarea făcută pacientului isteric de a reflecta la și a lua în considerare realitatea internă și externă, terapeutul îl ajută pe pacient să regăsească conexiunile ideatice dintre sentimente. Așa cum a scris Allen (1977), parte din acest proces implică învățarea persoanei isterice să simtă mai profund și mai autentic. Sentimentele superficiale și schimbătoare apără împotriva unor afecte mai profunde și mai tulburătoare. Pe măsură ce toleranța pacientului pentru aceste stări afective mai profunde crește, apare și o creștere concomitentă a abilității pacientului de a lua în considerare detaliile (Horowitz, 1977b).

Pe măsură ce pacienții isterici devin capabili să-și identifice sentimentele, atitudinile și stările ideatice, ei își dezvoltă un simț mai mare al Sinelui-ca-agent în interacțiune eficientă cu mediul exterior mai degrabă decât al Sinelui-ca-victimă-pasivă a mediului exterior (Horowitz, 1977b). Pacienții isterici trăiesc frecvent experiența unor

imagini vizuale și fantasme vii, dar ei le traduc în cuvinte numai dacă terapeutul îi asistă în acest proces. Astfel, terapeuții își ajută pacienții să identifice ceea ce ei vor și simt. De asemenea, pacienții învață că a avea anumite gânduri și sentimente nu este periculos.

Când apar gânduri și sentimente amenințătoare, pacienții isterici își exprimă frecvent dorința de a ști totul despre viața terapeutului. Ei sunt puternic sugestibili, și dacă terapeuții împărtășesc mult despre propria lor viață și propriile lor credințe, pacienții lor vor adopta calități similare, astfel încât să-și mulțumească terapeuții și să evite sarcina dificilă de a ajunge în contact cu propriile lor sentimente și credințe. În mod similar, terapeuții trebuie să evite să le dea multe sfaturi pacienților lor isterici, care au nevoie să învețe că ei au resurse considerabile în ei înșiși cu care să-și abordeze problemele.

Pacienții în terapie pe termen lung vor găsi că procesul de modificare a stilului lor cognitiv duce și la modificarea relaționării cu obiectele. Pe măsură ce pacienții aceștia încep să fie atenți mai în detaliu la sine și la ceilalți în contexte interpersonale, ei dezvoltă noi modalități de a percepe relațiile (Horowitz, 1977b). În loc de a se vedea pe sine ca victimă a altora, pacienții încep să înțeleagă că ei joacă un rol activ în perpetuarea unor modalități de relaționare cu ceilalți. Ei își dezvoltă o capacitate de a compara faptele efective din situațiile interpersonale cu modelele interne frecvent suprapuse peste situațiile externe. În final, reprezentarea de sine a copilului pasiv, atât de tipică pentru pacientul isteric, este înlocuită de o reprezentare mai matură și care implică activitatea și sexualitatea. Această tranziție poate totuși să dureze ani de zile, deoarece pacienții resimt frecvent pierderea stilului cognitiv isteric ca pe o amenințare la adresa unui sentiment fundamental de identitate.

În psihoterapia tulburării de personalitate isterice, *munca terapeutică* în cadrul transferului este un vehicul primar pentru schimbare. Problemele pe care le întâmpină pacientul în relațiile din afara terapiei vor fi reproduse în transfer. Deși psihoterapia cu pacienții isterici poate fi eficientă și aducătoare de gratificații, mânuirea inadecvată a transferului, mai ales a transferului erotic, este o cauză comună de eșec terapeutic.

Managementul transferului erotic

În ciuda frecvenței mari a fenomenului transferului erotic, nu doar la pacienții isterici, dar și la alții, mulți terapeuți nu primesc o formare adecvată în managementul terapeutic al sentimentelor de transfer. O rezidentă psihiatră care se lupta cu sentimentele sexuale ale unui pacient față de ea a prezentat problema supervizorului său în psihoterapie,

un analist. El a răspuns prin a se scărpina în cap și a replicat: „Nu știu ce faceți voi, fetele, cu această problemă". Istoric, un sexism subtil (sau nu chiar așa de subtil) a penetrat programele de formare în psihoterapie. Deoarece marea majoritate a rapoartelor despre transferul erotic în literatură, de la Freud și până în prezent, s-au referit la paciente care se îndrăgostiseră de terapeuții sau analiștii lor bărbați, supervizorii bărbați au promovat uneori, în mod inadvertent, printre supervizații lor bărbați, o atitudine denigratoare, lejeră la adresa pacientelor care dezvoltă un transfer erotic. Un rezident care își începea formarea în psihoterapie i-a spus supervizorului lui că era nesigur asupra felului în care să-și abordeze primul pacient în psihoterapie. Supervizorul lui l-a informat: „Este într-adevăr foarte simplu. Știi cum să seduci o femeie?". Supervizorul a continuat prin a-i schița o analogie între „a prinde" pacientul într-un proces psihoterapeutic și a seduce o femeie. Această atitudine neprofesionistă este tipică pentru o tendință istorică nefericită de a „te bucura" de transferul erotic, mai degrabă decât de a-l analiza și a-l înțelege.

Deoarece termenul este folosit lejer pentru a descrie un număr de dezvoltări diferite ale transferului, o definiție clară a fenomenului este relevantă pentru discutarea managementului. Person (1985) a conceput o definiție succintă care se aplică psihoterapiei, precum și psihanalizei:

> Termenul *transfer erotic* este folosit într-un mod interșanjabil cu termenul *iubire de transfer*. Se referă la un anumit amestec de sentimente tandre, erotice și sexuale pe care un pacient sau o pacientă le are față de analistul sau analista lui și care, în această calitate, reprezintă o parte din transferul pozitiv. Componentele sexuale ale transferului singure reprezintă un transfer erotic trunchiat, unul care nu s-a dezvoltat pe deplin sau care nu este resimțit pe deplin (p. 161).

La pacienții isterici, transferul erotic se dezvoltă de obicei gradat și cu o rușine și o jenă considerabile. Dorințele sexuale pentru terapeut sunt frecvent resimțite ca egodistonice, și pacientul știe că împlinirea acestor dorințe ar fi nepotrivită.

Pacienții histrionici și borderline pot să dezvolte un subtip de transfer erotic numit frecvent *transfer erotizat* (Blum, 1973). În contrast cu iubirea de transfer obișnuită, pacientul aflat în tumultul unui transfer erotizat are o cerere tenace și egosintonică pentru gratificare sexuală. Din cauza defectelor Eului la acești pacienți, realitatea lor internă, precum și cea externă sunt indistincte, și ei văd așteptarea lor cu privire la relația sexuală cu terapeutul lor ca rezonabilă și de dorit. Aparenta lor inconștiență la transgresarea barierelor incestuoase simbolice poate să izvorască dintr-un istoric din copilărie de a fi fost victima unor seducții sexuale efective de către părinți sau de către alte figuri parentale (Blum, 1973; Kumin, 1985–1986).

Deoarece absența este erotizată la pacienții isterici, psihoterapia este o situație care este inerent stimulatoare. Absența de intimitate fizică în situația terapeutică, cuplată cu separările repetate la sfârșitul fiecărei ședințe vor fi privite ca excitante în mod continuu de către mulți pacienți isterici. Unii pot chiar să dezvolte ceea ce Bollas (2000) a numit adicție la transfer, deoarece terapia este resimțită ca o relație exclusivă. Acești pacienți pot dori ca tratamentul să continue la nesfârșit fără nici un interes pentru terminare. Pacienții isterici, desigur, vor aborda terapeutul ca pe un potențial „obiect în așteptare" pentru care ei pot deveni obiectul dorinței. Așadar, terapeutul este menit să fie vrăjit și atras puternic de către pacient, care va face mari eforturi în ceea ce privește îmbrăcămintea, manierele și comportamentul, în încercarea de a atinge acest scop.

Spectrul transferurilor care merg de la cel erotic la cel erotizat este descris pertinent de către Person (1985) ca fiind „atât o mină de aur, cât și un câmp minat" (p. 163). Aceste transferuri pot pregăti scena pentru acting-out-uri de contratransfer devastatoare. Sexul între terapeut și pacient a stigmatizat grav profesiile din domeniul sănătății mintale, a ruinat carierele unui număr de psihoterapeuți și le-a cauzat tulburări psihologice severe pacienților care le sunt victime (Gabbard, 1989; Gabbard și Lester, 2003; Pope și Bouhoutsos, 1986). Studiile au revelat că 10% dintre toți terapeuții bărbați s-au angajat într-un astfel de comportament (Gabbard, 1989), astfel încât acesta nu poate fi respins ca fiind o aberație ocazională doar a terapeutului cu tulburări serioase. Mulți dintre acești terapeuți nefericiți par atât a căuta o vindecare pentru ei înșiși, cât și a face o încercare disperată de a-și vindeca pacienții (Twemlow și Gabbard, 1989).

Aspectul de „mină de aur" al transferurilor erotic este cel care îi procură terapeutului o recapitulare *in vivo* a unei relații din trecut în situația prezentă a relației de transfer. Astfel de pacienți le arată terapeuților lor ce contribuții aduc ei în relații similare din afara situației terapeutice. Astfel, problemele pe care le are un pacient cu iubirea și sexualitatea pot fi examinate și înțelese pe măsură ce se dezvoltă într-o relație sigură unde pacientul nu va fi exploatat sau abuzat. A scoate aurul în această experiență fără a fi distruși de câmpul minat cere din partea terapeuților ca ei să adere la patru principii de tehnică (Tabel 18–3). Deși

Tabel 18–3. Managementul terapeutic al transferului erotic.

1. Examinarea sentimentelor de contratransfer.
2. Acceptarea, într-un fel nonexploatator, a transferului erotic ca material terapeutic important de înțeles.
3. Evaluarea înțelesurilor multiple ale transferului în funcția sa de rezistență la o aprofundare a procesului terapeutic.
4. Interpretarea legăturilor dintre transfer și relațiile atât prezente, cât și trecute.

există diferențe legate de sex clar definite în expresia transferului erotic, voi lua mai întâi în discuție mânuirea transferului erotic în general și apoi voi examina aspectele specifice ale fenomenului, determinate de sexul pacientului.

Examinarea sentimentelor de contratransfer. Reacțiile de contratransfer ale terapeutului la sentimentele de transfer erotice ale pacientului pot reprezenta contratransferul în mod îngust ca o reactivare a unei relații din trecutul terapeutului, iar în mod larg ca o identificare cu un aspect proiectat al pacientului sau ca un amestec din ambele (Kumin, 1985–1986; Sandler, 1976). Deși pacientul poate reprezenta un obiect interzis, dar excitant sexual din trecutul terapeutului, dorința terapeutului pentru pacient poate, de asemenea, să fie legată de dorința incestuoasă efectivă a unei figuri parentale din faza de dezvoltare oedipiană a pacientului. Astfel, prima treaptă în monitorizarea contratransferului, respectând practica psihiatriei dinamice, este pentru terapeuți evaluarea greutății relative a propriilor lor contribuții versus cele ale pacientului. Terapeuții care încearcă managementul transferului erotic într-o psihoterapie intensivă fără o experiență de tratament personal vor fi, așadar, serios dezavantajați.

Câteva modele obișnuite de contratransfer sunt legate de transferul erotic. Primul, obișnuit la rezidenții bărbați care tratează paciente atrăgătoare, este de a vedea transferul erotic acolo unde nu există deloc. Terapeuții bărbați pot să răspundă la propria lor excitație sexuală prin negarea ei proiectivă și s-o vadă în schimb la pacientele lor, pe care le califică drept „seductive". În aceste împrejurări, rezidentul care este presat să dea detalii de ce pacienta sa este seductivă sau de ce este ea interesată sexual în el nu poate adesea să prezinte dovezi convingătoare. Din cauza anxietății în legătură cu propriile sale dorințe sexuale, el le-a evitat, așa cum pacienta isterică încearcă să evite dorințele ei sexuale. Deși această evitare poate să reflecte simplu anxietatea începătorului în a avea sentimente sexuale în psihoterapie, ea poate fi și o repetare a reacției tatălui pacientei la propria lui dorință sexuală pentru fiica sa (Gorkin, 1985).

O altă posibilitate este aceea că nerecunoașterea proiectivă a propriilor sentimente sexuale ale terapeutului față de pacientă poate să o influențeze subtil pe pacientă să dezvolte un transfer erotic. Perspectiva constructivistă subliniază influența continuă pe care o are subiectivitatea terapeutului asupra transferului pacientului. Transferul erotic, în mod particular, poate reflecta contribuții semnificative din partea terapeutului (Gabbard, 1996). Aceste contribuții pot implica o varietate de factori, inclusiv așteptările terapeutului, nevoile lui, punctul lui de vedere teoretic, contratransferul lui și chiar elemente cotidiene cum ar fi sexul, înfățișarea și vârsta terapeutului. Toți acești factori pot să

determine în parte cum îl vede pacientul pe terapeut, și autoobservarea atentă permanentă îl va ajuta pe terapeut să deosebească ceea ce vine de la pacient și ceea ce derivă din influența terapeutului asupra pacientului. Pacienții cu personalități isterice și histrionice sunt foarte sugestibili, și dacă cred că terapeutul vrea ca ei să se îndrăgostească de el în transfer, ei pot să se conformeze rapid.

O a doua reacție de contratransfer este distanțarea rece ca răspuns la confesiunile pacientului despre dorințele sale sexuale față de terapeut (MacKinnon și Michels, 1971). Pentru a controla orice reacții sexuale de contratransfer la sentimentele pacientului, terapeutul poate să devină mai tăcut, mai puțin empatic și mai distant. Această „încorsetare" a tuturor emoțiilor ajută la menținerea rigidă a controlului asupra impulsurilor sexuale care par amenințătoare.

O a treia reacție de contratransfer comună este anxietatea izvorâtă din teama că sentimentele sexuale — fie în pacient, fie în terapeut — vor scăpa de sub control. Această anxietate îl poate face pe terapeut să schimbe conversația de la expresiile de iubire sau de excitație sexuală ale pacientului sau să interpreteze prematur aceste sentimente ca „rezistență", o digresiune de la sarcina terapeutică. Atunci când un terapeut bărbat îi spune într-un mod nepotrivit pacientei sale că el nu va permite ca terapia să fie deviată de la scopul său de sentimentele ei pentru el, el o forțează să se limiteze la problemele din afara terapiei care au adus-o la tratament. Astfel de încercări anxioase de a elimina sentimentele erotice de transfer le pot transmite pacienților mesajul că sentimentele sexuale sunt inacceptabile și posibil dezgustătoare, o viziune care oglindește frecvent sentimentele acestor pacienți. Dezgustul subînțeles al terapeutului este legat de mesajul ascuns din transferul erotic intens și anume că terapia este inutilă — doar sexul sau „iubirea" pot vindeca (Gorkin, 1985).

În cel de-al patrulea model de contratransfer, care poate fi mai insidios decât celelalte, terapeuții pot încuraja și susține sentimentele erotice pentru gratificarea lor personală. Acești terapeuți, care ascultă cu plăcere voieristă detaliile fantasmelor sexuale ale pacienților lor, pot să fi fost atrași în profesia aceasta deoarece își doresc să fie idealizați și iubiți. Sub această dorință, ei pot câștiga o plăcere sadică prin excitarea dorințelor sexuale futile ale pacienților lor. Acest model poate fi urmărit în interacțiunile din copilărie ale acestor terapeuți, în care ei s-au simțit excitați de părintele de sex opus doar pentru a fi frustrați. Prin practica psihoterapiei, acești indivizi pot încerca să inverseze acea situație din copilărie. Astfel, terapeuții trebuie să fie conștienți de propriile lor dorințe în relația terapeutică. Așa cum nota Kumin (1985–1986): „Atât capacitatea, cât și incapacitatea analistului de a interpreta cu acuratețe dorințele în transfer ale pacientului necesită o apreciere nu doar a ce și pe cine dorește pacientul, dar și a ce și pe cine dorește analistul" (p. 13).

Kumin a sugerat și că dorințele terapeutului față de pacient pot reprezenta o rezistență mai formidabilă decât o reprezintă dorințele pacientului față de terapeut. Numeroase procese psihoterapeutice s-au blocat în tumultul unui transfer erotic intens, deoarece terapeutul era prea ocupat să se bucure de strălucirea sentimentelor sexuale.

Acceptarea, într-un fel nonexploatator, a transferului erotic ca material terapeutic important de înțeles. Un terapeut poate să dorească să-i transmită pacientului că sentimentele de iubire sau cele sexuale sunt aspecte acceptabile ale experienței terapeutice. Terapeutul poate să facă un comentariu cu scop educațional, cum ar fi: „În psihoterapie, este posibil să ai o varietate mare de sentimente — ură, iubire, invidie, excitație sexuală, frică, mânie și bucurie —, toate trebuind să fie tratate ca subiecte acceptabile de discuție și ca fiind purtătoare de informație importantă pentru terapie". Deși este adevărat că transferul erotic poate servi drept rezistență la apariția altui material în terapie, este de obicei o eroare tehnică să interpretezi imediat asemenea sentimente drept rezistență. Pentru a înțelege ce anume din trecut este repetat, transferul erotic trebuie să fie lăsat să se dezvolte pe deplin.

Freud (1914/1958) a folosit termenul *acting-out* mai întâi pentru a descrie tendința unui pacient de a repeta în acțiune ceva din trecut mai degrabă decât să-și amintească și să verbalizeze acel fapt. Pacienților li se poate spune că sentimentele care se dezvoltă în terapie vor procura informații importante despre sentimentele care se dezvoltă în celelalte relații ale lor, atât trecute, cât și prezente. Dacă un pacient insistă ca terapeutul să-i gratifice dorințele transferențiale, terapeutul poate sublinia că nu gratificarea dorințelor poate să ducă la o mai bună înțelegere a ceea ce se întâmplă în alte relații. Terapeutul trebuie să țină minte că transferul erotic poate fi extrem de neplăcut pentru pacient (exact așa cum poate fi și pentru terapeut), nu doar din cauza frustrării pe care o aduce, dar și pentru că poate fi jenant. Terapeutul poate dori să comunice o înțelegere empatică a rușinii pacientului: „Știu că este greu și dureros pentru dumneavoastră să aveți sentimentele acestea fără să fiți în stare să le gratificați, dar dacă le putem explora împreună, poate vom fi în stare să vă ajutăm să înțelegeți mai bine problemele care v-au adus aici".

Evaluarea înțelesurilor multiple ale transferului în funcția sa de rezistență. Transferul erotic este o rezistență în sensul că ceva este repetat mai degrabă decât reamintit și verbalizat. Rezistența nu trebuie echivalată totuși cu „ceva rău care trebuie înlăturat imediat", așa cum o fac deseori terapeuții începători. Așa cum tocmai am notat, transferul erotic este, de asemenea, o comunicare importantă care ar trebui înțeleasă. Precum toate celelalte fenomene mintale, transferul erotic este

determinat de principiul funcției multiple. Nu trebuie luat în considerare simplu, după aparențe, ci este mai bine să fie explorat prin asocierile, visele și amintirile pacientului, pentru toate înțelesurile sale multiple, dintre care unele pot fi inconștiente. În cadrul psihoterapeutic, există o fluiditate considerabilă a sexului și a orientării sexuale (Gabbard și Wilkinson, 1996). De exemplu, transferul erotic al unui pacient bărbat față de o terapeută poate reprezenta dorințe homosexuale pasive chiar dacă terapeutul aparține sexului opus (Torras de Bea, 1987). Deoarece transferul erotic trebuie înțeles și în termenii funcției sale într-un moment particular din terapie, terapeutul trebuie să evalueze ce a precedat dezvoltarea lui și ce urmează după înflorirea lui.

Un pacient și-a început ședința de terapie cu terapeutul său spunând că fusese ajutat enorm de explicația acestuia din ședința trecută. După ce a comentat cât de mult interpretarea terapeutului îl ajutase în munca sa, pacientul a început să contrazică ceea ce tocmai spusese, susținând că relațiile sale se deteriorau. Pe măsură ce a continuat să vorbească, el a recunoscut că avusese fantasme sexuale în legătură cu terapeutul și că el credea că terapeutul îl putea ajuta numai ejaculând în rectul său pentru a-l face mai masculin. Terapeutul a subliniat că pacientul devaloriza ajutorul insight-urilor pe care le primise în ședința trecută, cramponându-se de o credință magică a faptului că o legătură sexuală era singura cale prin care putea fi ajutat. Pacientul a recunoscut că el are nevoie să devalorizeze ajutorul terapeutului, întrucât se simțea inferior față de acesta, despre care a spus că este „pe Muntele Olimp". Terapeutul a explicat apoi că invidia pacientului crescuse pe măsură ce fusese ajutat, astfel încât sexualizase transferul pentru a devaloriza ajutorul. (Dacă insight-urile terapeutului nu ar fi fost deosebit de eficiente sau folositoare, ar fi fost mult mai puțin de invidiat.) Drept răspuns, pacientul a spus că sentimentele sale liberatoare de a fi fost ajutat alternaseră cu sentimente de umilire, deoarece trebuia să admită că terapeutul știa ceva ce pacientul nu știa, ceea ce îl făcuse să se simtă vulnerabil.

În acest caz, transferul erotic al pacientului era o cale de a se apăra împotriva invidiei sale în legătură cu competența terapeutului prin devalorizarea acesteia. Sexualizarea în transfer poate fi o cale de apărare și împotriva altor sentimente.

Un pacient o vedea pe terapeuta sa pentru ultima dată înainte de plecarea acesteia la sfârșitul programului ei de formare din rezidențiat. El i-a spus că văzuse un film cu o seară înainte în care o psihiatră îl sărutase pe unul dintre pacienții săi. El a observat că pacientul părea să beneficieze de afecțiunea terapeutei și a întrebat-o pe terapeuta sa dacă nu ar putea să facă același lucru cu el. După o reacție inițială anxioasă la această cerere, terapeuta l-a întrebat dacă cererea lui neașteptată ar putea fi legată de terminarea terapiei. Pacientul a răspuns că mai degrabă nu ar vrea să se gândească la acel subiect. Terapeuta i-a evidențiat apoi pacientului că această dorință

de a sexualiza relația lor poate fi o apărare împotriva confruntării cu durerea asociată cu terminarea.

Sexualizarea sfârșitului unei relații este un fenomen frecvent (în terapie și în viață în general). Ea servește la evitarea procesului de doliu legat de pierderea unei figuri importante. În această vinietă, dorința pacientului de a avea o legătură fizică cu terapeuta sa era și o cale de a nega natura definitivă a terminării: un sărut poate să ducă la un început mai degrabă decât la un sfârșit. Într-adevăr, multe cazuri de violări ale limitelor sexuale terapeut–pacient se întâmplă în jurul datei terminării (Gabbard și Lester, 2003). Sexualizarea poate fi o apărare maniacală împotriva pierderii care îi face pe cei doi membri ai diadei terapeutice să se angajeze într-o negare mutuală.

Terapeuții care văd iubirea de transfer ca pe un răspuns natural și de înțeles la capacitatea lor enormă de atracție sexuală trec cu vederea partea mai întunecată a transferului erotic. Una dintre multele istorii spuse despre dr. Karl Menninger ilustrează această dilemă:

> O femeie de 40 de ani isterică și oarecum deprimată a fost spitalizată la Clinica Menninger timp de peste un an fără nici o schimbare esențială în starea sa. Ea dezvoltase un transfer erotic intens și încăpățânat față de psihoterapeutul ei. Doctorului Menninger i s-a cerut părerea asupra cazului, deoarece se ajunsese la un blocaj terapeutic. În cea mai mare parte a interviului, pacienta a subliniat de repetate ori marea ei iubire pentru terapeutul său. După ce a ascultat protestele ei de iubire timp de câteva minute, dr. Menninger a spus: „Știi, dacă l-ai iubi cu adevărat, te-ai face mai bine pentru el".

Dr. Menninger se adresa ostilității care deseori se află chiar sub suprafața iubirii de transfer a unui pacient. Într-adevăr, transferurile erotice maschează frecvent o agresivitate și un sadism considerabile, chiar atât de mult încât un transfer erotic poate fi considerat o formă de transfer negativ (Kumin, 1985–1986). Explorarea dorințelor de transfer pentru o relație sexuală dezvăluie în mod regulat dorințe de a-l răni, de a-l pune în situații dificile sau de a-l distruge pe terapeut. Cererile unui pacient pentru trecerea barierei sexuale pot fi atât de chinuitoare, mai ales în cazurile variantei erotizate tipice pentru pacienții histrionici și borderline, încât terapeutului îi este teamă de fiecare ședință. Terapeutul poate să se simtă folosit și transformat într-un obiect de gratificare a nevoilor, a cărui unică funcție este de a împlini cererile inadecvate ale pacientului (Frayn și Silberfeld, 1986).

> Dna KK era o pacientă histrionică homosexuală de 24 de ani care funcționa la un nivel borderline de organizare a Eului și care avea un istoric de abuz sexual de către rude de sex masculin. Ea a dezvoltat un transfer intens erotizat față de

terapeuta sa aproape imediat. Flirta cu ea în mod provocator în ședințe, atingând ușor piciorul terapeutei cu propriul ei picior și întrebând: „Vă enervează?". Dna KK a susținut în mod constant că terapeuta ei putea să reușească să o cunoască doar dacă se culca cu ea. A vrut, de asemenea, să-i cunoască orientarea sexuală. Deși terapeuta a frustrat dorința pacientei de a distruge relația lor profesională prin transformarea într-una sexuală, pacienta și-a continuat eforturile de seducție. Pacienta aducea în ședințe în mod regulat fantasme sexuale explicite în legătură cu terapeuta ei:

„Îți mângâi corpul — spatele tău, șoldurile tale, fesele tale. Îți ating repede și cu blândețe păsărica cu mâna. Suspini ușor și îți întărești strânsoarea peste spatele meu. Te sărut și șoptesc încet în urechea ta că am să fac dragoste cu tine. Îți masez sânii încet și îi sărut. Îți sărut abdomenul și mă duc mai jos spre păsărica ta. Sărut partea dinăuntru a feselor tale în timp ce îți masez clitorisul cu limba mea. Continui să te sărut, să te sug și să te mângâi cu limba mea. Suspini cu plăcere ca și cum ai avea orgasm. Îți sărut fesele încă o dată și îți storc încet sânii și îmi trec degetele peste corpul tău până la șolduri. Încep să-ți ling clitorisul din nou și îmi înfig limba în interiorul tău. Apoi ling și sug clitorisul tău în timp ce îmi introduc încet mai întâi unul, apoi două degete în tine. Ai un orgasm lung, satisfăcător, care se termină cu tine mângâindu-mă pe păr și eu sărutându-ți ușor păsărica".

Nu mai e nevoie de spus că exprimarea de către pacientă a unor asemenea fantasme a făcut-o pe terapeută să se simtă anxioasă și jenată, precum și controlată. Dacă ar fi întrerupt fantasmele, ea simțea că și-ar fi revelat disconfortul și dezaprobarea față de sentimentele de transfer ale pacientei. Dacă ar fi rămas tăcută, ea simțea că ar fi fuzionat într-o pereche exhibiționist-voieristică.

În final, pacienta a destăinuit unele dintre sentimentele agresive subiacente care existau sub mascarada transferului erotizat. Ea a comentat față de terapeută: „Știi că sunt conștientă că încă doresc să te gonesc. Probabil că te forțez să mă respingi. Să te fac să mă urăști. Reușesc oare? Într-adevăr vreau să mă placi. Dar deoarece știu că e exclus, doar te gonesc. E o porcărie, nu-i așa? Știi, eu văd relația noastră în două feluri: fie ne futem, fie te fac să mă urăști".

În mare parte, dna KK a paralizat-o pe terapeută, care s-a simțit crudă și sadică prin frustrarea dorințelor pacientei. O consultație cu un coleg a ajutat-o pe terapeută să înțeleagă că era controlată de un proces de identificare proiectivă, astfel încât limitele profesionale normale ale psihoterapiei păreau dure și nerezonabile. Cu alte cuvinte, un obiect rece, frustrant din trecutul pacientei fusese proiectat în terapeută, care s-a identificat inconștient cu acest material proiectat. Mai mult, propria-i mânie față de pacientă pentru controlul neîncetat al terapiei pe care aceasta îl exercita a contribuit la sentimentul că orice intervenție ar părea rece și dură.

Pe măsură ce psihoterapia a continuat, a devenit clar că dorința sexuală declarată era doar vârful unui aisberg. În timpul unei ședințe, dna KK a povestit un vis în care se afla într-un birou de înaltă tehno-

logie. Exista o mașină care putea traduce gândurile pacientei, astfel încât ea nu trebuia să i le spună terapeutei sale. În asocierile pacientei la vis, ea a recunoscut că dorințele sale față de terapeută nu erau cu adevărat sexuale, ci mai mult o dorință ca terapeuta să o cunoască într-adevăr în intimitatea ei. Terapeuta a ajutat-o în cele din urmă pe dna KK să vadă că dorința sa pentru sex era de fapt o dorință de fuziune, o dorință ca terapeuta să-i cunoască gândurile fără ca ea să aibă nevoie să le spună. Această dorință regresivă de întoarcere la starea simbiotică mamă–sugar este frecvent o componentă puternică a transferurilor erotice și erotizate în diada pacientă–terapeută. Dorința sexualizată poate fi preferabilă dorinței mai amenințătoare de fuziune.

Interpretarea legăturilor dintre transfer și relațiile atât prezente, cât și trecute. O interpretare corectă a transferului erotic va reduce frecvent dorința și rezistența inerente iubirii transferențiale (Kumin, 1985–1986). Pentru a evita o interpretare prematură, terapeutul ar putea avea nevoie să-și formuleze în tăcere interpretarea pentru a fi ajutat în ceea ce privește dorințele sale de contratransfer chiar înainte de a i-o comunica pacientului. Momentul interpretărilor de transfer este o problemă de judecată. O linie generală de urmat este de a le evita până când legăturile subiacente cu relațiile trecute și cu relațiile extratransferențiale prezente sunt aproape de realizarea conștientă. Terapeutul poate folosi modelul unui triunghi al insight-ului, descris în Capitolul 4, pentru a construi legături între sentimentele de transfer și relațiile trecute, precum și între transfer și relațiile extratransferențiale prezente. Prin evidențierea faptului că iubirea transferențială este o repetiție a ceva din trecut, și întrebând pacientul dacă situația este o reminiscență a unor situații trecute, terapeutul poate pregăti terenul pentru intervenții interpretative. Totuși există o problemă importantă. În general, terapeuții trebuie să evite să le spună pacienților cu tulburare de personalitate isterică faptul că iubirea pe care aceștia o simt pentru ei, terapeuții, „nu este reală". Din perspectiva pacientului, este extraordinar de reală. Ar fi mult mai potrivit, ca să nu spunem empatic, să-i ajutăm pe acești pacienți să înțeleagă că iubirea pe care o simt pentru terapeut este atât reală, cât și un rezultat al deplasării, în sensul că derivă parțial din sentimente care au fost resimțite față de obiecte din trecut (Gabbard, 1996).

O transcriere efectivă a unei ședințe de psihoterapie poate să ilustreze ceva din abordările tehnice folosite pentru a interpreta transferul erotic.

> Dna LL era o pacientă căsătorită, în vârstă de 26 de ani, cu un diagnostic de tulburare de personalitate isterică. Era văzută de două ori pe săptămână de către un terapeut bărbat într-o psihoterapie expresiv-suportivă cu accentuarea laturii

psihoterapia cu plângeri de anorgasmie, dureri de cap, constante, frică de „a sta pe cele două picioare ale ei", de a fi neiubită și nedorită și o preocupare generalizată de a fi prea Pe la mijlocul celui de-al doilea an de tratament, într-o ședință, a avut loc următorul dialog:

Dna L.L.: Soțul meu și cu mine nu ne înțelegem. Nu ne vedem mult și, când o Am vrut să vă fac azi din nou părtaș la povestirea mea, dar când aici, ceva s-a schimbat. Nu știu ce să spun astăzi. Aș vrea să fiu cu interesată pe dumneavoastră, dar nu știu de ce. Probabil pentru că am și soțul meu nu mi-o acordă deloc. Când nu am nimic de spus, pentru că am sentimente pentru dumneavoastră — am emoții chiar când am spus asta. Sunt două feluri de sentimente pe care le capăt aici — când simt că sunteți ca tatăl meu și aș vrea să mă legănați și să mă atingeți pe spate. Celălalt este când vreau să mă strângeți în brațe cu adevărat (*pacienta se oprește*)

TERAPEUTUL: Ați avut un sentiment chiar acum când v-ați oprit în mijlocul unei Ce anume era?

Dna L.L.: Nu vreau să spun. E ridicol (*cu mare ezitare*). Nu pot doar să vin aici... la dumneavoastră... și să mă gândesc: „Vreau să fac dragoste cu tine". în felul acesta. Asta nu sunt eu.

TERAPEUTUL: A gândi că ați putea avea sentimente sexuale este atât de pentru dumneavoastră, încât nu puteți deține acele sentimente ca fiind dumneavoastră proprii?

Dna L.L.: Eu pur și simplu nu sunt așa. Nici măcar cu soțul meu. Subconștientul meu mi-ar spune să vă îmbrățișeze și să vă țină strâns, dar mintea mea conștientă vrea să știți că nu am aceste sentimente. Mai degrabă m-aș întoarce la sentimentul că sunteți tatăl meu și că am nevoie de o atingere cu mâna pe spate.

TERAPEUTUL: Este deosebit de inacceptabil pentru dumneavoastră să aveți sexuale pentru cineva pe care îl vedeți și ca pe un tată. Mă întreb dacă acest lucru s-a întâmplat când erați fetiță în relația cu tatăl dumneavoastră.

Dna L.L.: Am fost întotdeauna specială pentru tata. Când m-a însoțit de-a lungul și m-a condus la altar, mi-a spus că am fost întotdeauna preferata sa din fiice ale sale. N-ar trebui să vorbesc așa. Trebuie să plec și să merg cu soțul meu și să-mi petrec seara cu el, dar gândurile mele vor fi cu dumneavoastră.

TERAPEUTUL: Sună ca și cum ar exista o similitudine între atașamentul față de atașamentul față de tatăl dumneavoastră, prin aceea că ambele fac să vă fie și să investiți emoțional în soțul dumneavoastră.

În această vinietă, terapeutul a făcut o legătură între transferul erotic pacientei și sentimentele ei față de tatăl său. Sentimentele sexuale sunt în ambele relații, căci ea le vede ca fiind incompatibile cu altminteri paternă asupra terapeutului și asupra tatălui ei. de a legat sentimentele de transfer de relația trecută cu tatăl,

terapeutul leagă aceste dorințe de dificultățile cu soțul ei, o relație extratransferențială curentă.

Aceste patru principii de tehnică îi pot fi de ajutor psihanalistului care tratează un pacient ce se luptă cu sentimente erotice de transfer. Totuși aderarea la aceste principii necesită o gândire rațională. Așa cum au știut de mult poeții, pasiunea întunecă judecata. Chiar prin natura lor, sentimentele de iubire și/sau de dorință tind să provoace puneri în act atât la pacient, cât și la terapeut (Gabbard, 1994). Cu alte cuvinte, ambele persoane sunt predispuse să-și piardă capacitatea reflectivă asupra caracteristicilor transferențiale și contratransferențiale ale sentimentelor, deoarece ele par atât de reale și de puternice. Terapeuții trebuie să monitorizeze atent deviațiile de la practica lor clinică standard ca pe o cale de a se alerta pe ei înșiși față de punerile în act contratransferențiale. Câteva semne de alarmă sunt deosebit de utile în această formă de monitorizare a limitelor (Gabbard, 2003): ședințe extinse dincolo de lungimea lor obișnuită, reducerea prețului sau gratuitatea ședințelor, împărtășiri făcute pacientului despre propria viață, reverii constante despre pacient, acordarea unei atenții deosebite înfățișării sale în ziua ședinței pacientului, îmbrățișarea pacientului sau orice altă formă de contact fizic, a dori să-l întâlnești pe pacient într-un cadru nonclinic și a imagina că poți salva pacientul din nefericirea sa (Gabbard și Wilkinson, 1994; Gutheil și Gabbard, 1993). Când terapeuții încep să observe că deviază de-a lungul acestor linii sau sunt copleșiți de sentimentele erotice față de pacient, ar fi înțelept să ceară o consultare sau o supervizare de la un coleg respectat. Într-adevăr, este probabil înțelept pentru toți terapeuții să folosească în mod regulat consultarea când tratează un pacient cu un transfer erotic sau când au experiența unui contratransfer erotic (Gabbard, 1996, 2003; Gabbard și Lester, 2003). Sentimentele sexuale în diadă pot fi „desincronizate"și dorința poate oscila înainte și înapoi între terapeut și pacient și doar ocazional să existe la ambii deodată.

Terapeuții trebuie să fie conștienți că nu toți pacienții care au sentimente sexuale față de terapeut vor răspunde la eforturile de interpretare. Unii pacienți histrionici și borderline pot să-și traducă sentimentele în acțiune și să se arunce la picioarele terapeutului, să stea în brațele lui sau să-l îmbrățișeze pasional când se îndreaptă spre ușă. În asemenea cazuri, terapeutul trebuie să stabilească limite ferme. Pacienții pot să aibă nevoie să li se spună că trebuie să se întoarcă la locul lor și că contactul fizic întrece limitele. Uneori, este de ajutor un comentariu educațional: „Psihoterapia este un tratament verbal care poate acționa doar în anumite circumstanțe. Una dintre circumstanțele acestea este ca dumneavoastră să stați pe scaunul dumneavoastră, iar eu pe al meu".

Diferențe de sex în transferul erotic

Majoritatea copleșitoare a rapoartelor de caz care implică transferuri erotice sau erotizate sunt ale pacientelor cu terapeuți bărbați. Lester (1985) a evidențiat că absența rapoartelor implicând pacienți bărbați și terapeute poate reflecta raritatea generală a iubirii transferențiale în acest caz. Ea a speculat că anxietatea pacientului bărbat în legătură cu analista văzută ca o mamă falică preoedipiană, care face interpretări „penetrante", poate să-i umbrească și să-i inhibe mult expresia sentimentelor sexuale față de analistă văzută ca o mamă oedipiană. Lester a observat, de asemenea, că pasivitatea regresivă din terapia analitică merge împotriva regulii rolului sexual masculin activ tradițional.

Experiența lui Lester nu s-a coroborat cu cea a tuturor terapeutelor. Gabbard (1996) a văzut scenariul mamei falice al lui Lester ca aplicabil doar unor pacienți de sex masculin care lucrează cu terapeute. Ea a susținut că ei pacienți bărbați găsesc că este mult mai inacceptabil să fie pasivi și dependenți față de o femeie decât să exprime sentimente sexuale directe. Temerea de a fi dependent poate să-i facă pe unii pacienți să se apere împotriva unor asemenea sentimente „întorcând masa" și folosind sentimentele sexuale din transfer pentru a restaura un sens al dominației masculine. Când o femeie terapeut tratează un pacient bărbat, apare o altă dimensiune de sex — și anume, riscul de atac. Dacă pacientul are o tulburare serioasă de personalitate antisocială sau borderline și un control slab al impulsului, o terapeută poate fi în pericol într-un cabinet izolat. A interpreta transferul unui pacient agresiv și impulsiv poate fi de puțin de folos, și limitele trebuie stabilite clar. În unele cazuri, poate fi necesară terminarea tratamentului, deoarece nu este posibil să lucrezi într-un context unde există o amenințare de atac. Terapeutele trebuie să evalueze cu atenție dacă apare un transfer erotic sau erotizat la un pacient bărbat (Gabbard, 2004). Poate acest pacient să folosească manifestarea fantasma sexuală ținând-o în domeniul fantasmei și explorând semnificația? Sau discutarea despre fantasma sexuală poate să devină o anumită formă de acțiune când pacientul crede că terapeuta intră în un contact sexual efectiv?

Deoarece au apărut atât de multe cazuri de paciente cu transfer erotic heterosexual, Person (1985) a observat că clinicienii pot avea impresia că problemele sexuale în terapie sunt specific și exclusiv legate de psihologia femeilor. Totuși, deși mulți pacienți care au fost tratați de un terapeut bărbat pot să refuleze sau să nege transferul erotic din cauza sentimentelor homosexuale, unii dezvoltă un transfer erotic sau erotizat exprimat în mod deschis față de terapeutul lor și care trebuie înțeles și interpretat sistematic. În multe cazuri, transferul sexualizat este o apărare împotriva unor sentimente mai inconfortabile de iubire și de dependență care sunt greu de exprimat (Gabbard, 1994).

18.5.2 Psihoterapia de grup

Clinicienii au observat deseori că pacienții care sunt candidați buni pentru psihoterapia individuală de tip psihodinamic sunt și candidați buni pentru psihoterapia psihodinamică de grup. Astfel este cazul cu pacienții isterici, care devin frecvent „stele" în grupul lor. Ei sunt înalt valorizați de alți membri din grup pentru abilitatea lor de a exprima direct sentimente și pentru grija și preocuparea lor pentru alții din grup. Stilul cognitiv al pacientului isteric și apărările asociate de refulare și negare pot fi confruntate destul de eficient în psihoterapia de grup. Alți pacienți din grup îi vor ajuta pe pacienții isterici să vadă cum au tendința de a-și distorsiona viziunea asupra lor și a altora prin omiterea detaliilor din situațiile de interacțiune. De exemplu, când o pacientă isterică a descris cum a fost înțeleasă greșit ca fiind seductivă când ea era doar prietenoasă cu un bărbat la locul de muncă, pacienții bărbați din grup au evidențiat că poate trecea cu vederea ceea ce spusese (sau cum o spusese) în interacțiune. Mai mult, ei au evidențiat felul în care această pacientă s-a comportat similar în grupul însuși și cum părea să ignore semnalele de flirt pe care le transmisese și bărbaților din grup.

Pacienții isterici formează în general un transfer matern pozitiv față de grup ca întreg. Ei iau terapia de grup ca pe o oportunitate de a primi ceva din grija maternă despre care ei cred că le-a lipsit în copilărie. Ei sunt, așadar, bine motivați să urmeze terapia de grup și să-i încurajeze și pe alții să o vadă ca pe o resursă valoroasă. Pacienții histrionici totuși pot fi mai problematici în grupuri, deoarece ei vor distrage frecvent atenția de la alți pacienți, cerând să fie ei în centrul atenției prin desfășurări floride ale emoțiilor. Asemenea pacienți pot fi tratați eficient în psihoterapia de grup doar dacă sunt și în psihoterapie individuală, similar cu psihoterapia de grup a pacienților borderline (vezi Capitolul 15).

18.6 Concluzii

Continuum-ul de la histrionic la isteric cuprinde un domeniu al patologiei de caracter cu o serie de forțe și slăbiciuni la pacienții situați de-a lungul acelui continuum. Înainte de a dezvolta un plan de tratament, trebuie mai întâi evaluat pacientul în termenii trăsăturilor histrionice versus isterice și trebuie făcute considerații în ceea ce privește potrivirea pentru terapia expresivă versus cea suportivă care va urma după această evaluare. Acești pacienți pot gratifica terapeutul și el trebuie să fie conștient de pericolul de a ignora transferul negativ care se ascunde în spatele dorinței de a-i face plăcere terapeutului. Precum

cei cu tulburare de personalitate narcisică, unii pacienți histrionici pot să dea o importanță neobișnuită înfățișării lor, precum și capacității lor de a-i atrage pe alții. De aceea, declinul abilității lor de a fascina poate fi asociat cu tendințe depresive, dar poate și să-i facă mai autentici în expresia lor afectivă. Pe de altă parte, acest declin al tinereții și al atractivității sexuale poate să-i ducă la o disperare și mai mare în sexualizarea de către ei a relației terapeutice. Terapeuții trebuie să fie sensibili la rănirea narcisică inerentă în această criză de dezvoltare și să-i ajute să vadă că au o profunzime interioară dincolo de aparența fizică și de atractivitatea sexuală.

19. Grupa C
Tulburări de personalitate
Obsesiv-compulsivă, evitantă și dependentă

Cele trei tulburări de personalitate clasificate în Grupa C conform DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) — obsesiv-compulsivă, evitantă și dependentă — sunt grupate împreună pentru că persoanele cu aceste tulburări au în comun drept caracteristică principală anxietatea sau frica. O tradiție clinică îndelungată psihanalitică este asociată cu tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (TPOC), dar nu există o tradiție similară pentru celelalte două entități caracteriologice ale Grupei C. Faptul că toate cele trei tulburări de personalitate sunt tratate împreună în același capitol reflectă numărul mic de contribuții la literatura psihodinamică în ceea ce privește tulburarea de personalitate evitantă și dependentă.

19.1 Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

TPOC este o tulburare frecventă. În Studiul Epidemiologic Național asupra Alcoolului și Stărilor Corelate 2001–2002 (Grant et al., 2004), TPOC a avut prevalența cea mai mare în populația generală, cu 7,88%. Totuși, este frecvent confundată cu tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC).

Distincția între TOC (sau nevroza obsesiv-compulsivă) și TPOC se bazează pe diferența dintre simptome și trăsături de caracter persistente. Așa cum a fost descris în Capitolul 9, pacientul cu TOC este invadat de gânduri neplăcute recurente și este obligat să îndeplinească ritualuri comportamentale. Aceste manifestări simptomatice sunt, în general,

egodistonice, pacientul recunoscându-le ca probleme și în general dorind să scape de ele. În contrast, trăsăturile care constituie diagnosticul de TPOC conform DSM-IV-TR (Tabel 19–1) sunt modele comportamentale de-a lungul vieții care pot fi egosintonice. Aceste trăsături nu le determină obligatoriu suferință pacienților și chiar pot fi privite ca foarte adaptative. Într-adevăr studiile pe medici evidențiază că anumite trăsături obsesiv-compulsive contribuie semnificativ la succesul ca medic (Gabbard, 1985; Krakowski, 1982; Vaillant et al., 1972). Devotamentul excesiv față de muncă tipic persoanei obsesiv-compulsive poate duce la realizări importante și în alte profesii decât medicina, profesii în care atenția pentru detalii este esențială. Totuși succesul în sfera profesională are un preț mare pentru acești oameni. Apropiații îi consideră greu de suportat și îi îndeamnă frecvent să apeleze la ajutor psihiatric.

Deși distincția dintre TOC și TPOC în DSM-IV-TR este clară și folositoare, există niște controverse privind suprapunerea celor două entități

Tabelul 19–1. Criteriile de diagnostic DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă.

Un pattern pervaziv de preocupare pentru ordine, perfecționism și control mintal și interpersonal in detrimentul flexibilității, deschiderii și eficienței, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele:

1. este preocupat de detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau planuri, în așa măsură că obiectivul major al activității este pierdut
2. prezintă perfecționism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor (de ex., este incapabil să realizeze un proiect, deoarece nu sunt satisfăcute standardele sale proprii de stricte)
3. este excesiv de devotat muncii și productivității, mergând până la excluderea activităților recreative și a amiciților (fapt nejustificat de o necesitate economică evidentă)
4. este hiperconștiincios, scrupulos și inflexibil în probleme de moralitate, etică sau valori (fapt nejustificat de o identificare culturală sau religioasă)
5. este incapabil să se debaraseze de obiecte uzate sau inutile, chiar când acestea nu au nici o valoare sentimentală
6. refuză să delege sarcini sau să lucreze cu alții în afară de cazul când aceștia se supun exact modului lui de a face lucrurile
7. adoptă un stil de viața avar de a cheltui, atât față de sine, cât și față de alții, banii fiind văzuți drept ceva care trebuie strâns pentru viitoare catastrofe
8. manifestă rigiditate și obstinație.

Preluat după Asociația Psihiatrică Americană, *Manual statistic și diagnostic al tulburărilor mintale* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright 2000 American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.

diagnostice. Simptomele de natură obsesiv-compulsivă au fost, de asemenea, raportate ca apariții tranzitorii în timpul terapiei psihanalitice la pacienții cu TPOC (Munich, 1986). Totuși studiile empirice indică faptul că o gamă largă de tulburări de personalitate pot apărea la pacienții cu TOC. Într-un studiu, mai puțin de jumătate dintre pacienții cu TOC au îndeplinit criteriile de TPOC (Rasmussen și Tsuang, 1986). De fapt, cel mai frecvent diagnostic caracterologic al acestui eșantion a fost tulburarea de personalitate mixtă cu elemente evitante, dependente și pasiv-agresive. Un studiu (Baer et al., 1990) care a analizat 96 de pacienți cu TOC a semnalat că doar 6% aveau un diagnostic de TPOC pe Axa II. Alți cercetători au găsit că TPOC este semnificativ mai frecventă la pacienții cu TOC decât la cei cu tulburare de panică și tulburare depresivă majoră (Diaferia et al., 1997) și că este de așteptat ca simptomele obsesionale să se asocieze mai degrabă cu trăsături de TPOC decât cu trăsături ale altor tipuri de tulburări de personalitate (Rosen și Tallis, 1995). Într-un studiu scandinav de comorbiditate între TOC și tulburările de personalitate (Bejerot et al., 1998), 36% dintre pacienții cu TOC au fost diagnosticați și cu TPOC. Un studiu controlat care a inclus 72 de pacienți cu TOC și 198 de rude de gradul întâi (Samuels et al., 2000) a găsit o prevalență mai mare a TPOC în familiile pacienților cu TOC, sugerând că poate exista o etiologie familială comună pentru TPOC și TOC. În ciuda incertitudinii în privința legăturii dintre TPOC și TOC, în general ele sunt discutate separat datorită implicațiilor terapeutice care sunt diferite.

19.1.1 Înțelegere psihodinamică

Contribuțiile psihanalitice timpurii (Abraham, 1921/1942; Freud, 1908/1959; Jones, 1948; Menninger, 1943) au legat anumite trăsături de caracter — în special obstinația, zgârcenia și preocuparea pentru ordine — cu faza anală a dezvoltării psihosexuale. Pacienții cu aceste trăsături de personalitate au fost considerați ca regresând de la anxietatea de castrare asociată cu faza de dezvoltare oedipiană, la relativa siguranță a perioadei anale. Conduși de un Supraeu punitiv, ei au preluat probabil operații caracteristice defensive ale Eului, ca izolarea afectului, intelectualizarea, formațiunea reacțională, anularea retroactivă și deplasarea (vezi Capitolul 2). Obsesia lor pentru ordine, de exemplu, a fost conceptualizată ca formațiune reacțională împotriva dorinței ascunse de a se implica în activități murdare anale și derivate ale acestora. Dificultatea considerabilă pe care cei cu personalitate obsesiv-compulsivă o au în exprimarea agresivității a fost legată de conflicte timpurii de forță cu figurile materne privind exercițiile de învățare de a folosi WC-ul. Încăpățânarea indivizilor obsesionali poate fi, de asemenea, văzută ca un rezultat al acelorași conflicte.

Contribuțiile mai recente (Gabbard, 1985; Gabbard și Menninger, 1988; Gabbard și Newman, 2005; Horowitz, 1988; Joseph,1992; McCullough și Maltsberger, 2001; Saltzman, 1968, 1980, 1983; Shapiro, 1965) au depășit vicisitudinile fazei anale pentru a se concentra pe elementele interpersonale, de stimă de sine, de gestionare a stărilor de furie și dependență, stil cognitiv și problemele de echilibrare a muncii și relațiilor emoționale. Persoanele cu TPOC au mari probleme cu încrederea de sine. Copii fiind, ei nu se simt suficient de apreciați sau iubiți de către părinții lor. În unele cazuri, această percepție se poate datora cu o atitudine rece sau distantă a figurilor parentale, pe când în alte cazuri copiii ar fi putut pur și simplu să ceară mai multe confirmări și afecțiune decât copiii obișnuiți, în scopul de a primi o confirmare parentală. Tratamentul psihodinamic al acestor pacienți dezvăluie puternice dorințe dependente, nesatisfăcute și un rezervor de furie îndreptată împotriva părinților ca o reacție la indisponibilitatea lor emoțională. Deoarece pacienții obsesiv-compulsivi consideră atât mânia, cât și dependența lor în mod conștient inacceptabile, ei se apără împotriva acestor sentimente prin mecanisme cum ar fi: formațiunea reacțională și izolarea afectului. În efortul contradependent de a nega orice dependență de oricine, multe persoane obsesiv-compulsive fac eforturi laborioase pentru a demonstra propria independență și „individualismul lor dur". În mod similar, se străduiesc să obțină controlul asupra tuturor stărilor de furie și pot chiar părea foarte respectuoase și umile pentru a evita orice impresie că ar nutri sentimente de răutate.

Relațiile intime ridică o problemă importantă pentru pacientul obsesiv-compulsiv. Intimitatea implică posibilitatea de a fi copleșit de dorințe puternice care trebuie satisfăcute, dorințe care pot duce la inevitabile frustrări ce pot da naștere unor trăiri de ură și resentimente și dorinței de răzbunare. Sentimentele inerente unei relații intime sunt periculoase, deoarece au potențialul de „a scăpa de sub control", una dintre temele fundamentale ale persoanei obsesiv-compulsive. Semnificativii ei se plâng frecvent că persoana iubită, obsesiv-compulsivă, manifestă o atitudine exagerată de control. Punctele moarte și situațiile de impas apar adesea în astfel de relații, deoarece persoanele obsesiv-compulsive refuză să accepte că altcineva ar putea găsi un mod mai bun de a face lucrurile. Această nevoie de control asupra celorlalți provine adesea dintr-o preocupare fundamentală că sursele de îngrijire din mediul înconjurător sunt foarte limitate și pot dispărea în orice moment. În orice persoană obsesiv-compulsivă există un copil care se simte neiubit. Nivelul scăzut de încredere în sine împreună cu sentimentul din copilărie de a nu fi apreciat conduc adesea către o prezumție că alții ar prefera să nu se implice cu persoanele obsesiv-compulsive. Nivelul crescut de agresiune și intensele dorințe distructive ascunse în

inconștientul persoanei obsesiv-compulsive pot contribui în egală măsură la frica de a-i pierde pe ceilalți. Acești pacienți se tem adesea că intențiile lor distrugătoare îi vor îndepărta pe ceilalți sau vor duce la contraagresiune, ca o proiecție a propriei lor furii.

În ciuda eforturilor pacienților cu TPOC de a fi loiali, amabili și complianți, teama că îi vor îndepărta pe ceilalți devine adesea o profeție ce se autoîndeplinește. Comportamentul obsesiv-compulsiv tinde să-i irite și să-i exaspereze pe cei ce vin în contact cu el. Persoana care manifestă comportamentul poate totuși fi percepută în unele moduri întru câtva diferite, în funcție de gradul diferențial al relației (Josephs 1992). În percepția subordonaților, indivizii cu TPOC apar ca fiind dominanți, ultracritici și obsedați de control. În percepția șefilor lor, aceștia pot apărea lingușitori și slugarnici într-un mod ce sună fals. Astfel, în mod ironic, exact aprecierea și dragostea pe care le caută ei sunt subminate și persoanele cu TPOC se simt neapreciate cronic, în timp ce ele lucrează în propriul lor mod de tortură, pentru a câștiga aprecierea mult dorită din partea celorlalți.

Persoanele cu tulburare obsesiv-compulsivă sunt caracterizate și de o tendință de perfecționism. Ele par să nutrească credința ascunsă conform căreia pot primi în fine aprecierea parentală și stima care le-a lipsit atunci când erau copii, doar în cazul atingerii unei stări transcendentale de desăvârșire. Acești copii cresc adesea cu convingerea că nu au încercat suficient de mult și în consecință, ca adulți, simt permanent că nu se străduiesc suficient de mult. Părintele care pare să nu fie niciodată satisfăcut este interiorizat ca un Supraeu dur, care așteaptă din ce în ce mai mult de la pacient. Mulți indivizi cu tulburare obsesiv-compulsivă devin dependenți de muncă, deoarece sunt ghidați în mod inconștient de convingerea că dragostea și aprecierea pot fi obținute numai prin eforturi eroice de a atinge cele mai înalte culmi ale realizării profesionale. Ironia în această luptă pentru perfecțiune este totuși că persoanele cu tulburare obsesiv-compulsivă par să fie foarte rar mulțumite de propriile rezultate. Par să fie ghidate mai mult de dorința de a obține o ușurare din partea Supraeului lor chinuitor, decât de a simți cu adevărat plăcere.

Aceste suporturi dinamice duc la un stil cognitiv caracteristic (Horowitz, 1988; Shapiro, 1965). În timp ce pacienții isterici și histrionici au tendința să supraaprecieze stările afective în detrimentul gândirii atente, reversul este valabil pentru persoanele obsesiv-compulsive. Nu departe de renumele personajului Mr. Spock din *Star Trek*, persoanele obsesiv-compulsive caută să fie extrem de raționale și logice în orice încercare. Ele sunt speriate de orice situație în care emoțiile nu pot fi controlate, iar tendința lor mecanică de a fi total fără afect îi poate conduce pe cei din jur la confuzie. Mai mult, gândirea lor este logică numai între anumiți parametri înguști. Stilul lor de gândire poate fi

caracterizat ca rigid și dogmatic (Shapiro, 1965). Din punct de vedere dinamic, aceste calități pot fi înțelese ca fiind compensatorii pentru neîncrederea în sine și ambivalența care chinuie persoana obsesiv-compulsivă.

Spre deosebire de stilul cognitiv al pacientului isteric, cel al individului obsesiv-compulsiv implică atenție minuțioasă pentru detalii, dar aproape totală lipsă de spontaneitate sau flexibilitate, iar orice reacție intuitivă cu rol de a impresiona este automat reprimată ca fiind „ilogică". Persoanele obsesiv-compulsive cheltuiesc o energie extraordinară pentru a-și menține stilul lor cognitiv și atențional rigid, astfel încât absolut nimic din ceea ce fac nu este fără efort. Un set de credințe maladaptive obsedează persoanele cu TPOC. Printre acestea sunt următoarele: „Este important să faci lucrurile perfect tot timpul"; „Orice greșeală sau defect poate duce la o catastrofă"; „Oamenii ar trebui să facă lucrurile în felul meu"; „Detaliile sunt extrem de importante" (Gabbard și Newman, 2005). O vacanță sau doar o perioadă de relaxare nu reprezintă de obicei nici o ispită pentru o persoană cu adevărat obsesiv-compulsivă. Într-un studiu care a urmărit 100 de medici liber-profesioniști obsesiv-compulsivi (Krakowski, 1982), doar 11% dintre ei și-au luat concediu de dragul vacanței și doar 10% își luau regulat pauze pentru relaxare de la muncă.

Deși o mare parte dintre acești indivizi au rezultate foarte bune, unii dintre ei găsesc că stilul lor îi împiedică să aibă succese în activitate. Persoanele obsesiv-compulsive pot cântări la nesfârșit decizii minore, exasperându-i pe cei din jurul lor. Se împotmolesc în detalii și pierd urmărirea scopului major al sarcinii curente. Indecizia lor poate fi corelată dinamic cu sentimente adânci de neîncredere în sine. Ei găsesc riscul de a face o greșeală atât de mare, încât exclud într-un fel sau altul o decizie definitivă. În mod similar, teama lor că rezultatul final al unui proiect poate să nu fie perfect poate contribui la indecizia lor. Multe persoane obsesiv-compulsive au o foarte bună comunicare verbală, dar întâmpină probleme majore psihologice în comunicarea scrisă din cauza grijii că rezultatul final nu va fi fără cusur.

Calitatea lor de a se implica excesiv în acțiuni, inerentă persoanelor obsesiv-compulsive, a fost foarte bine descrisă de Shapiro (1965) ca având „aparența de a fi presată sau motivată de ceva care depășește interesul persoanei implicate. Nu pare foarte entuziasmată de acțiunile sale. Interesul ei real în activitate, cu alte cuvinte, nu pare să justifice intensitatea cu care își urmărește scopul" (p. 33). Acești pacienți sunt întotdeauna conduși de către supraveghetorul lor intern care emite comenzi legate de ceea ce ei „ar trebui" sau „ar avea obligația morală să facă". Din punct de vedere dinamic, ei au puțină autonomie față de poruncile Supraeului. Se comportă în acest fel pentru că sunt obligați s-o facă, indiferent de cum ar putea comportamentul lor să îi influențeze pe alții.

Supraeul hipertrofiat al pacientului obsesiv-compulsiv este neîndurător în cererile sale pentru perfecțiune. Când aceste cereri nu sunt satisfăcute pentru o perioadă lungă de timp, se poate instala depresia. Această legătură dinamică dintre caracterul obsesiv-compulsiv și depresie a fost observată de către clinicieni de mulți ani. Persoana obsesiv-compulsivă poate avea în mod particular un risc mai mare pentru depresie la vârsta mijlocie, când aspirațiile idealiste ale tinereții sunt spulberate de către scurgerea reală a timpului odată cu înaintarea în vârstă. Acești pacienți pot avea tentative de suicid la un moment dat de-a lungul vieții și pot necesita spitalizare în ciuda unui istoric lung de bună funcționalitate în domeniul muncii. Mulți dintre acești pacienți depresivi perfecționiști, descriși în Capitolul 8 ca având în mod special afecțiuni rezistente la tratament, sunt mânați de caracteristicile personalității lor obsesiv-compulsive.

Structura complexă de caracter a pacientului cu TPOC poate fi rezumată ca implicând un simț public al Sinelui, un simț privat al Sinelui și un simț inconștient al Sinelui (Josephs, 1992). Fiecare dintre acestea are o dimensiune care este mai adecvată relațiilor cu superiorii și alta legată de relația cu subordonații. De exemplu, simțul public al Sinelui în relațiile cu superiorii este acela al lucrătorului responsabil și conștiincios care este serios, amabil, adecvat social în toate situațiile și previzibil. Simțul public al Sinelui în relația cu subordonații este acela al mentorului înțelept sau criticului constructiv care le asigură un feedback valoros celor care îl ascultă. Din păcate, acest simț trăit subiectiv al individualității publice nu este întotdeauna ceea ce percep ceilalți. Reacțiile celorlalți dau de fapt naștere unui simț privat al Sinelui care este pe deplin conștient, dar în mare măsură ascuns de ceilalți. Pacienții cu TPOC simt adesea că nu sunt apreciați și în consecință se simt răniți și supărați. Lipsa recunoașterii îi duce la chinurile îndoielii de sine. Această nesiguranță trebuie să fie ascunsă de cei aflați în poziții superioare, deoarece indivizii cu TPOC sunt îngroziți de umilința și rușinea asociate cu expunerea acestei părți a lor care manifestă neîncredere în sine. Ei sunt adesea convinși că ceilalți îi vor vedea ca fiind slabi și tot văicărindu-se. Alături de acest aspect al simțului privat de Sine există o convingere deplină a superiorității morale față de cei care sunt în poziții subordonate. Deoarece pacienții cu TPOC sunt atât de apărați împotriva propriei agresiuni și propriului sadism, ei nu vor să apară ca niște persoane disprețuitoare. Încearcă să mascheze acest aspect al simțului privat de Sine pentru a evita să pară pretențioși, pompoși sau ultracritici. Se pot simți atunci mândri de cât de amabili și retrași sunt față de cei „de sub ei".

Cele două dimensiuni ale simțului inconștient al Sinelui pot fi rezumate într-o relație slugarnic-masochistă cu superiorii și într-o relație sadică de control cu subordonații (Josephs, 1992). Dorința sadică și

răuvoitoare inconștientă de a le produce durere celor care nu se supun controlului lor este în întregime inacceptabilă pentru pacienții cu TPOC și de aceea trebuie să fie refulată. Dacă ar face altfel ar trebui să-și compromită înaltele standarde morale. În relația cu figurile autoritare, pe de altă parte, acești pacienți se tem de umilință în contextul atitudinii supuse și dornice de dragoste, astfel încât se supun masochistic propriilor standarde morale excesiv de dure și propriilor frământări de a nu se ridica la aceste așteptări. Această tortură proprie îi scutește de ceea ce ei se tem — și anume controlul, dominarea și umilința sadică din partea altora. Mesajul inconștient dat superiorilor este „nu este nevoie să mă critici și să mă ataci pentru că după cum vezi mă chinui și singur fără milă".

19.12 Considerații psihoterapeutice

În contrast cu natura refractară a TOC, TPOC poate suferi îmbunătățiri mari în urma psihanalizei sau psihoterapiei personale cu accentuări expresive (Gabbard și Newman, 2005; Gunderson, 1988; Horowitz, 1988; McCullough și Maltsberger, 2001; Munich, 1986; Salzman, 1980). Winston et al. (1994) au descris un experiment controlat cu 23 de pacienți care aveau tulburări de Grupă C și care au efectuat terapie dinamică, media fiind de 40,3 sesiuni. Deși mulți pacienți au necesitat un tratament de mai lungă durată, aceia din acest eșantion au înregistrat îmbunătățiri semnificative pentru toate măsurătorile față de pacienții-control de pe o listă de așteptare. Urmărirea acestor pacienți, în medie 1,5 ani, după terminarea terapiei a demonstrat în continuare beneficii. Datele din cercetare sugerează, de asemenea, că există o îmbunătățire continuă chiar și după terminarea terapiei. Așa cum s-a văzut în Capitolul 4, Svartberg et al. (2004) au randomizat pacienți cu tulburări de personalitate de Grupă C pentru a primi 40 de ședințe săptămânale de terapie dinamică sau terapie cognitivă. Întreg grupul de pacienți a avut o îmbunătățire semnificativă statistic pentru toate măsurătorile pe durata tratamentului, ca și în timpul perioadei de urmărire de doi ani. Modificări semnificative ale simptomelor care provoacă suferință au fost găsite la grupul care a făcut psihoterapie dinamică, dar nu și la cei care au făcut terapie cognitivă. La doi ani după tratament, 54% dintre pacienții cu terapie dinamică și 42% dintre pacienții cu terapie cognitivă s-au recuperat din punctul de vedere al simptomatologiei, în timp ce aproximativ 40% dintre pacienții din ambele grupuri s-au recuperat din punctul de vedere al problemelor interpersonale și al funcționabilității personale. În timp ce patologia centrală a personalității s-a îmbunătățit minim în timpul tratamentului, doi ani mai târziu îmbunătățirea a fost evidentă pentru 35%–38% dintre

pacienți. Deci se pare că a existat un „efect întârziat", indicând că mulți pacienți au internalizat dialogul terapeutic și au continuat să îl folosească după terminare.

În privința rezistenței frecvent întâlnite în cadrul psihoterapiei pacienților obsesiv-compulsivi, trebuie să ținem seamă de implicațiile pe care psihoterapia dinamică le are asupra acestor pacienți. Însăși ideea de inconștient le amenință simțul controlului. Pentru a face față senzației de amenințare, persoana obsesiv-compulsivă tratează toate insight-urile terapeutului ca „nimic nou". Pacienții obsesiv-compulsivi pot fi la început refractari în recunoașterea faptului că terapeutul le poate spune ceva de care ei să nu fie conștienți (Salzman, 1980). Rezistența lor poate fi înțeleasă ca mecanism tipic de apărare al pacientului în procesul psihoterapeutic. Printre mecanismele de apărare se numără izolarea afectului, intelectualizarea, anularea retroactivă, formațiunea reacțională și deplasarea. Izolarea afectului se poate prezenta ca o lipsă de conștiență legată de orice fel de sentimente față de terapeut, în special dependență sau furie. Pacientul poate da foarte multe informații despre trecut și prezent, fără o aparentă reacție emoțională la aceste informații. Când terapeutul revine dintr-o vacanță prelungită, pacientul obsesiv-compulsiv foarte probabil nu admite nici un fel de reacție emoțională legată de această despărțire. Dacă formațiunea reacțională este unul dintre mecanismele de apărare importante, pacientul va răspunde probabil: „O, nu, nu m-a deranjat deloc. Sper că ai avut o vacanță plăcută și că te-ai relaxat". Făcând diferența între formele de prezentare ale Sinelui, public, privat și inconștient, se poate descrie rezistența principală ca încercând să ascundă simțul de Sine privat în spatele prezentării publice a Sinelui ca ascultător și conștiincios (Josephs, 1992).

Persoanele obsesiv-compulsive răspund, de asemenea, la amenințarea unor trăiri intense cu ocolișuri obsesionale care servesc ca o perdea de fum pentru a masca trăirile lor reale. Mai precis, poate servi ca un nor anestezic care îi adoarme pe cei din jur. În timp ce pacientul se îndepărtează din ce în ce mai mult de subiectul inițial, terapeutul poate pierde firul subiectului și astfel să nu mai fie atent la discuție. Pentru că aceste persoane pot avea senzația că anumite gânduri au la fel de multă forță ca și acțiunile, pacientul va simți nevoia să revină și să corecteze ceea ce a spus deja, după cum urmează:

> În timpul vizitei de sfârșit de săptămână cu părinții mei, am fost oarecum iritat de tatăl meu. Ei bine, nu aș spune chiar că am fost iritat, în sensul că aș fi fost cu adevărat furios pe el. Doar că stătea și se uita la televizor și părea să nu aibă nici un interes să vorbească cu mine. La un moment dat, mi-a trecut prin cap să închid televizorul și să îl liniștesc, dar bineînțeles că nu am făcut chiar așa. Niciodată nu aș fi atât de nepoliticos față de cineva.

Modelul tipic al discursului dezordonat al pacientului obsesiv-compulsiv în psihoterapie caracterizează anularea frecventă a gândurilor și dorințelor pe care pacientul tocmai le-a verbalizat. În plus, gândirea exhaustivă determină pacientul să aducă în prim-plan evenimente periferice, contribuind la exacerbarea discursului dezorganizat și îndepărtându-l și mai mult de la ideea principală.

Mulți pacienți obsesiv-compulsivi vor încerca să devină „pacientul perfect". Ei vor încerca să producă exact ceea ce cred că terapeutul vrea să audă de la ei, cu fantasma inconștientă că în fine vor primi dragostea și stima care le-a lipsit în copilărie. Așa cum au observat McCullough și Maltsberger (2001), „pacientul ritualizează întâlnirea terapeutică și se poate proteja de terapeut prin faptul că nu întârzie niciodată, își plătește imediat consultația și devine superficial foarte «bun» în asimilarea tratamentului" (p. 2346). Pacienților cu TPOC le este greu să înțeleagă că comentariile spontane, întârzierile ocazionale sau plata întârziată a consultației îi pot ajuta pe ambii membri ai procesului terapeutic să își adâncească procesul de cunoaștere. Pentru că sunt siguri că orice exprimare a furiei va conduce la dezaprobare, ei pot în mod conștient să nu exprime furie, exprimând-o în mod inconștient prin monopolizarea întregii discuții. Un pacient obsesiv-compulsiv a vorbit fără întrerupere timp de 50 de minute, oprindu-se exact la terminarea ședinței și nelăsând terapeutul să vorbească deloc. În acest fel, pacientul a reușit să își exprime furia fără a trebui să conștientizeze vreun sentiment mânios.

Alți pacienți obsesiv-compulsivi își vor manifesta rezistența, recreând în procesul de transfer cu terapeutul propria lor luptă de forță cu părinții.

Dl MM era un tipograf care venea la terapie psihanalitică de două ori pe săptămână. Inițial s-a prezentat ca un „băiat bun" supus și pasiv, care era complet incapabil să își exprime furia în timpul ședințelor terapeutice. Totuși el a dezvoltat un mod de a nu vorbi aproximativ jumătate din cele 50 de minute de ședință și de a nu-și plăti consultația. Deși a negat orice formă de furie față de terapeut, când s-a discutat despre comportamentul lui, el a manifestat un mod de exprimare a furiei printr-o replică la final de consultație. Într-o zi, în urma eșecului de a verbaliza furia legată de faptul că terapeutul „se holba la el" în timpul ședinței, a spus pe când se îndrepta către ușă: „Cred că nu ți-am dat răceala mea!", referindu-se la grija exprimată înainte că ar putea să îi transmită terapeutului răceala sa. Cu altă ocazie, când s-a discutat faptul că nu și-a plătit consultația, a ieșit cu următorul comentariu: „Sper să nu îngheți de tot!". La puțin timp după aceea, altă sesiune s-a terminat cu: „Ai grijă să nu aluneci pe gheață!".

Una dintre cele mai memorabile replici de sfârșit ale dlui MM a fost dată după o ședință în care a fost extrem de tăcut, cu excepția unor comentarii ocazionale legate de neplata consultației. Terapeutul a legat această imposibilitate de a plăti ședințele

de imposibilitatea de a comunica pe parcursul ședinței. După o tăcere prelungită, dl MM a fost anunțat că timpul a expirat. La plecare, spre ușă, el s-a întors spre terapeut și a spus: „Tocmai era să-ți cumpăr o carte ieri la reduceri. Era scrisă de un medic clinician și se intitula *Treizeci de ani de practică rectală*". Apoi a părăsit rapid camera și a trântit ușa. În timpul următoarei ședințe, terapeutul a adus vorba despre comentariul aparent binevoitor de a-i face un cadou. Dl MM a fost capabil să-și exploreze sentimentul că încercarea terapeutului de a-i scoate bani din buzunar și vorbe din gură era comparabilă cu un deget introdus în anus în încercarea de a-i scoate fecalele.

În procesul de transfer, dl MM a recreat o relație foarte ambivalentă cu mama sa, care implica probleme de reținere și control. El a asimilat terapeutul ca pe o mamă care îl punea să defecheze (vorbe și bani) când și unde i-o cerea. Pentru a sfida faptul că ceea ce simțea era sadic și total nerezonabil, își ținea „producțiile" până în ultimul moment și apoi le elibera sub propriul control. Procedând astfel, a încercat să activeze ceea ce a experimentat pasiv, eliberându-și agresiunea sadică în comentarii răutăcioase. Totuși, așa cum exemplele o arată, formațiunea sa reacțională ca mecanism de apărare caracterologic a produs cele mai „reușite" replici de final de consultație. Privind prin formațiunea reacțională, o replică de final cum ar fi: „Ai grijă să nu aluneci pe gheață!" ar însemna de fapt „Sper să cazi pe gheață", „Sper să nu îngheți de tot!" ar însemna „Sper să mori de frig!". Chiar și încercarea dlui MM de a asimila terapeutul cu imaginea mamei sale intruzive și sadice care-l obliga să-și facă nevoile la comandă a trebuit să fie ascunsă în spatele ideii de a-i cumpăra un cadou terapeutului. În ciuda formațiunii reacționale, furia acestor replici de final a reușit să ajungă la terapeut. Datorită preocupărilor omnipotente ale dlui MM despre puterea devastatoare a furiei sale, el trebuia să iasă imediat după fiecare replică ostilă, temându-se că terapeutul său ar fi atât de afectat de aceste comentarii, încât acesta ar putea să se întoarcă împotriva lui într-o manieră puternică și distructivă. Astfel dl MM își putea exprima furia doar în momentul plecării din cabinet, când era în afara pericolului de răzbunare (Gabbard, 1982).

Abordările terapeutice adresate acestor rezistențe caracteristice ale pacienților obesiv-compulsivi încep cu o atenție minuțioasă acordată procesului de contratransfer. Terapeutul poate fi atras de ideea de a se sustrage mecanicii dezorganizate a prezentării faptelor. Terapeuții pot începe să izoleze mai degrabă afectul la fel ca și pacienții, decât să simtă iritația și furia ca o parte importantă a procesului ce trebuie interpretat de către pacient. De exemplu, când terapeutul începe să se simtă plictisit și distanțat față de prezentarea reală a faptelor poate folosi un comentariu de genul: „Credeți că este posibil ca dumneavoastră să prezentați toate aceste materiale faptice ca un mod de a vă ține emoțional la

distanță?". O altă capcană a contratransferului este ca terapeutul să treacă cu vederea anumite aspecte ale psihopatologiei pacientului datorită propriilor tendințe obsesiv-compulsive. Deoarece trăsăturile obsesiv-compulsive sunt foarte adaptabile procesului de învățământ medical și formării în cadrul rezidențiatului de psihiatrie (Gabbard, 1985), terapeuții pot avea tendința să treacă cu vederea faptul că aceleași trăsături pot afecta negativ relațiile unui pacient. Recunoașterea consecințelor relaționale ale tendințelor obsesiv-compulsive îi poate face pe terapeuți să se simtă inconfortabil pentru că situația pacientului poate fi asemănătoare cu anumite tendințe din relațiile lor personale.

O strategie eficientă în tratamentul psihoterapeutic al pacienților cu o structură de caracter obsesiv-compulsivă este străpungerea perdelei de fum a cuvintelor pentru a ajunge direct pe urma sentimentelor. Procesul terapeutic se va împotmoli frecvent în căutarea de către pacient a faptelor pentru a evita sentimentele, ca în exemplul următor:

Dl NN era student în an terminal, în vârstă de 29 de ani, dornic de psihoterapie. Plângerea sa principală era că nu putea să își finalizeze lucrarea de diplomă. Terapeutul era un psihiatru rezident un pic mai tânăr decât acesta. La primele întâlniri pacientul s-a confruntat cu grija legată de vârsta terapeutului prin încercarea de a clarifica anumite lucruri.

DL NN: După cum arătați, nu păreți suficient de în vârstă ca să fiți un psihiatru cu pregătire completă. Aș crede că sunteți aproximativ de vârsta mea. Am dreptate?

TERAPEUTUL: Da. Avem aproximativ aceeași vârstă.

DL NN: Presupun, desigur, ca aveți suficientă pregătire în domeniul psihoterapiei. Nu-i așa?

TERAPEUTUL: Da, așa este.

DL NN: Dar cât durează rezidențiatul în psihiatrie?

TERAPEUTUL: Patru ani.

DL NN: Și în ce an sunteți acum?

TERAPEUTUL: Sunt în anul al treilea.

DL NN: Totuși presupun că aveți un supervizor, nu?

În acest moment, rezidentul a devenit conștient că această abordare întrebare–răspuns ocolea sentimentele pacientului. În loc să răspundă doar la întrebările pacientului legate de fapte, terapeutul a ales să se refere la situația creată.

TERAPEUTUL: Domnule NN, mi se pare că această încercare de a clarifica lucrurile legate de pregătirea mea este un mod de a ocoli sentimentele pe care le aveți în legătură cu consultarea unui terapeut care este de aproximativ aceeași vârstă cu dumneavoastră și care este încă în pregătire. Mă întreb dacă nu resimțiți puțină furie și posibil un pic de umilință în faptul că ați fost repartizat unui rezident.

Această vinietă ilustrează cum terapeutul ar trebui să se adreseze în mod deschis, de o manieră directă, sentimentelor pacientului chiar când

acesta neagă existența lor. Pacienții obsesiv-compulsivi se vor feri de sentimentele procesului de transfer prin retragerea în discursuri lungi legate de evenimente din trecutul îndepărtat. Terapeutul ar putea să fie nevoit să îl aducă pe pacient în prezent, în procesul de transfer și să încerce să își de-a seama ce se petrece în situația de față și ce a cauzat ca pacientul să caute refugiu în trecut (Salzman, 1980, 1983). Ținând seamă de anumite puncte de legătură cu temele și scopurile tratamentului, în mod frecvent cele cu care pacientul a venit inițial la tratament, terapeutul poate menține puncte de ancorare pentru procesul terapeutic (Salzman, 1980, 1983). Când pacientul rămâne blocat în amănunte aparent irelevante, terapeutul poate fi nevoit să-i întrerupă șirul gândurilor și să aducă pacientul la tema centrală care a inițiat sesiunea. Psihoterapia de grup este adesea foarte eficientă în tratarea acestei probleme, deoarece pacientul poate accepta astfel de reacții de la omologi fără aceeași împotrivire care însoțește reacția terapeutului.

Suplimentar confruntării și interpretării mecanismelor de apărare caracteristice pacientului și ajutorului dat pacientului pentru a-și exprima sentimentele din spatele acestor mecanisme de apărare, alt scop important al psihoterapiei sau psihanalizei este să înmoaie și să modifice atitudinile dure ale Supraeului. În termeni mai simpli, aceasta înseamnă că pacienții trebuie să-și accepte faptul că sunt oameni. Ei trebuie să accepte că dorința lor de a se ridica peste sentimentele de furie, ură, dorință, dependență ș.a.m.d. este sortită eșecului. Sentimentele trebuie în final acceptate ca parte a condiției umane. Ele trebuie mai curând integrate ca o parte a experienței personale decât să fie rerimate, negate, refulate sau nerecunoscute, ca aparținând altcuiva. Pentru a îndeplini acest scop de a-i face Supraeului o structură mai benignă, reasigurarea este rar o metodă folositoare. Comentarii ca „Nu ești chiar atât de rău pe cât crezi!" sau „Ești mult prea dur cu tine!" îi vor suna nesincere pacientului.

Este mai posibil ca modificările Supraeului să apară în urma interpretărilor amănunțite ale conflictelor pacientului în jurul dependenței, agresiunii și sexualității, în acord cu prezența folositoare, benignă a terapeutului de-a lungul timpului. Rămânând neutru, terapeutul ajută pacientul să descopere că percepțiile sale despre terapeut sunt distorsionate, în concordanță cu modelele formate din relațiile anterioare. Deși pacientul va încerca în mod repetat să îl vadă pe terapeut ca pe o persoană care îl critică și judecă, terapeutul îl poate ajuta, accentuând faptul că pacientul îi atribuie lui propria sa judecată critică.

Pe măsură ce acești pacienți încep să înțeleagă că ceilalți nu sunt nici pe departe atât de critici ca ei înșiși, încrederea lor în sine poate crește în mod corespunzător. Ei realizează faptul că ceilalți i-au acceptat tot timpul mult mai mult decât își imaginaseră ei. Pe măsură ce trăiesc sentimentul de acceptare din partea terapeutului pentru ceea ce sunt,

ei dobândesc și o creștere a propriei lor acceptări. Pe măsură ce înțeleg că conflictele lor despre agresiune și dependență izvorăsc din situații din copilărie, ei câștigă o mai mare stăpânire peste aceste sentimente și le acceptă ca parte componentă a faptului de a fi ființă umană. Terapeutul poate folosi confruntări periodice despre așteptările nerealistice pe care acești pacienți le cultivă despre sine. Spre exemplu, un pacient se mustra pe sine însuși, în cadrul unei ședințe de psihoterapie, în legătură cu sentimentele de rivalitate pe care le nutrea față de fratele său mai mare, în cadrul unei reuniuni de familie de Crăciun. Terapeutul a comentat: „Se pare că dumneavoastră credeți că ar trebui să fiți în stare să vă ridicați peste toate aceste sentimente de competiție cu fratele și că o interpretați ca pe un eșec dacă nu reușiți".

În timpul psihoterapiei majorității pacienților, rezistențele sunt interpretate înainte de conținutul lor adiacent. Totuși lipsa de respect pentru mecanismele de apărare ale pacientului poate duce la sfaturi greșite, interpretări premature. Terapeuții care devin iritați sau exasperați și interpretează simțul de Sine privat sau inconștient al pacientului pot expune pacientul într-o manieră extrem de jenantă și umilitoare pentru acesta. Dacă terapeutul își poate stăpâni iritația contratransferului, pacientul poate începe să exprime propriile îndoieli și nesiguranțe și dispreț ascuns față de alții. Mecanismele de apărare împotriva mâniei, cum ar fi formațiunea reacțională, s-ar putea să trebuiască să fie abordate câtva timp înainte ca pacientul să înțeleagă modelul de apărare suficient de clar, încât să-l asocieze cu mânia subiacentă. De exemplu, terapeutul poate face următoarele comentarii: „De fiecare când anunț o vacanță remarc că spuneți: «Nici o problemă!»; mă întreb dacă răspunsul maschează alte sentimente care sunt mai de neacceptat". Când pacienții obsesiv-compulsivi pot în sfârșit să trăiască și să exprime mânie necamuflată împotriva terapeutului, află că, de fapt, nu este nici pe departe atât de distructivă pe cât ar fi crezut. Terapeutul este o figură consecventă, durabilă care este acolo săptămână după săptămână, în mod evident neafectată de exprimările de mânie. În mod similar, acești pacienți descoperă că ei înșiși nu sunt transformați de mânia lor în monștri distructivi.

Pacienții cu TPOC sunt chinuiți de „gânduri criminale". În inconștientul pacientului există o diferență foarte mică între a nutri un sentiment de furie și a pocni pe cineva în nas. O parte din modificarea Supraeului pacientului care are loc în terapia dinamică sau psihanaliză implică ajutorarea pacientului să realizeze că impulsurile, sentimentele sau gândurile ostile nu sunt același lucru cu faptele. Pacientul realizează în cele din urmă că gândurile și sentimentele nu fac subiectul acelorași standarde morale ca și acțiunile distructive. Acceptarea propriei vieți interioare, de asemenea, reduce anxietatea.

Pentru pacientul obsesiv-compulsiv sentimentele sexuale sunt frecvent la fel de inacceptabile ca și furia sau dependența. Din nou,

transferul va fi cadrul repunerii în act a situației din copilărie în care pacientul vede terapeutul ca pe un părinte care dezaprobă sexualitatea. Prin evitarea abordării unei păreri dezaprobatoare preconcepute, terapeutul îi permite pacientului să realizeze în cele din urmă că astfel de prohibiții sunt interne și nu externe. Amenințarea (de castrare sau pierdere a dragostei) atribuită terapeutului poate fi astfel înțeleasă ca iluzorie, izvorând din interiorul pacientului.

O strategie folositoare în abordarea pacienților cu TPOC este înrolarea colaborării lor într-o explorare activă despre cum servește gândirea obsesională unui mecanism de apărare împotriva pierderii (Cooper, 2000). Oscilând între diferite alternative până la punctul de a se simți paralizați din cauza indeciziei, acești pacienți pot evita să renunțe la absolut orice. Ei păstrează vii toate posibilitățile prin faptul că se gândesc că există nenumărate alternative. Această fantasmă poate fi explorată activ cu pacienții care pot fi ajutați să facă doliu legat de pierderea posibilității de a obține absolut orice doresc. Multe persoane cu TPOC au teme depresive ascunse și nu este nici o surpriză că acești pacienți au o prevalență relativ mare de tulburare depresivă majoră pe Axa I (Skodol et al., 1999).

În fine, cheia unei psihoterapii sau psihanalize de succes cu pacienții care au TPOC este empatia față de rușinea și vina asociată cu aspecte inacceptabile ale simțului de Sine privat și ale simțului de Sine inconștient, care fac ca acestor pacienți să le fie silă de ei înșiși. Intervențiile care recunosc frica acestor pacienți că alții vor descoperi impulsurile lor sadice, dorințele supuse și senzația puternică de insecuritate pervazivă pot ajuta la crearea unui mediu conținător în care aspectele mai întunecate ale psihicului pot fi explorate.

19.2 Tulburarea de personalitate evitantă

Controversata categorie a tulburării de personalitate evitantă a fost creată pentru a caracteriza un grup de persoane retrase social, diferite de pacienții schizoizi. Spre deosebire de pacienții schizoizi (abordați în Capitolul 14), pacienții evitanți tânjesc după relații interpersonale apropiate, dar în același timp se tem de ele. Acești indivizi evită relațiile și situațiile sociale, deoarece ei se tem de umilința asociată eșecului și de durerea asociată respingerii. Dorința lor pentru relații poate să nu fie atât de evidentă, datorită timidității lor și autoprezentării modeste.

Controverse importante există în ceea ce privește distincția dintre fobia socială generalizată și tulburarea de personalitate evitantă. În timp ce avem numeroase studii în privința fobiei sociale, relativ puține studii

s-au concentrat pe tulburarea de personalitate evitantă, în special pe intervențiile terapeutice. Recenziile din literatură care au comparat fobia socială generalizată cu tulburarea de personalitate evitantă (Alden et al., 2002; Rettew, 2000) au conchis că din punctul de vedere al perspectivelor fenomenologice, demografice, etiologice, evolutive și terapeutice există puține dovezi pentru niște diferențe calitative substanțiale între cele două tulburări. Orice diferență care poate fi observată între cele două pare să fie legată mai mult de severitate decât de anumite discrepanțe simptomatice. Similitudinea dintre personalitatea evitantă și fobia socială generalizată i-a făcut pe mulți să pună sub semnul întrebării validitatea distincției între Axa I și Axa II făcută de DSM-IV-TR.

Criteriile pentru tulburarea de personalitate evitantă (Tabel 19–2) pot fi frecvent identificate în populația clinică. Un studiu norvegian (Torgersen et al., 2001) a găsit-o ca fiind cea mai frecventă tulburare de personalitate, cu o prevalență de 5%, în timp ce prevalența în Statele Unite ale Americii este de 2,36% (Grant et al., 2004). Totuși tulburarea este rar principalul sau singurul diagnostic în practica clinică (Gunderson, 1988). Cel mai frecvent ea este un diagnostic adițional la o altă tulburare de personalitate sau la un diagnostic de pe Axa I. Tema centrală a rușinii la pacienții evitanți asigură o legătură psihodinamică cu anumite tipuri de pacienți narcisici (în special tipul fenomenologic hipervigilent și unele dintre cele descrise de Kohut). De fapt, unele date (Dickinson și Pincus, 2003) arată că indivizii hipervigilenți narcisici pot fi greșit

Tabel 19–2. Criteriile de diagnostic DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate evitantă.

Un pattern pervaziv de inhibiție socială, sentimente de neadecvare și hipersensibilitate la evaluare negativă, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) evită activitățile profesionale care implică un contact interpersonal semnificativ, din cauza fricii de critică, dezaprobare sau rejecție
(2) nu dorește să se asocieze cu alți oameni decât dacă este sigur că este apreciat
(3) manifestă reținere în relațiile intime din cauza fricii de a nu se face de râs ori de a nu fi ridiculizat
(4) este preocupat de faptul de a nu fi criticat sau rejectat în situații sociale
(5) este inhibat în situații interpersonale noi din cauza sentimentelor de neadecvare
(6) se vede pe sine ca inapt social, neatractiv personal ori inferior altora
(7) refuză să-și asume riscuri personale sau să se angajeze în orice activități noi din cauza faptului că acestea l-ar putea pune în dificultate.

Sursă. Retipărit după Asociația Psihiatrică Americană, *Manual statistic și diagnostic al tulburărilor mintale* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.

diagnosticați cu tulburare de personalitate evitantă, deoarece ei prezintă în mod deschis frică foarte mare în relațiile cu alții, lipsă de încredere în inițierea și menținerea relațiilor sociale și teama de a se simți rușinați și dezamăgiți când nevoile lor nu sunt împlinite în cadrul relațiilor. Atât persoanele cu tulburare de personalitate evitantă, cât și indivizii narcisici hipervigilenți au nevoie să fie plăcuți și acceptați de ceilalți, dar grandiozitatea tăcută și sentimentul de a fi îndreptățit tipice tulburării de personalitate narcisică nu sunt prezente la indivizii evitanți. Mai mult decât atât, persoanele narcisice hipervigilente au nevoie de admirație indiferent dacă aceasta este câștigată.

19.2.1 Înțelegere psihodinamică

Oamenii pot fi timizi și evitanți dintr-o varietate de motive. Ei pot avea o predispoziție constituțională de a evita situațiile stresante, bazată pe un temperament înnăscut care este elaborat în plan secundar în întreg stilul personalității lor (Gunderson, 1988). Dimensiunea temperamentului denumită „evitarea răului" în modelul psihobiologic elaborat de Cloninger et al. (1993), de exemplu, poate fi o trăsătură biologică comună unei mari părți a pacienților cu tulburare de personalitate evitantă. Unele date din cercetare arată că trăsătura timidității este de origine genetic-constituțională, dar că necesită factori de mediu specifici pentru a se transforma într-o trăsătură complet definită (Kagan et al., 1998). Nachmias et al. (1996) au descoperit că starea de atașament moderează expresia inhibiției temperamentale. Copiii cu vulnerabilități biologice de a fi inhibați și timizi au manifestat o mai mare excitație autonomă față de străini dacă erau atașați nesigur decât dacă aveau o stare de atașament sigură. Factorii de mediu adverși au apărut, de asemenea, într-un alt studiu pe studenți cu simptome de tulburare de personalitate evitantă (Meier și Carver, 2000). Studenții cu aceste simptome au raportat semnificativ mai multe amintiri negative din copilărie, cum ar fi izolarea, respingerea și trăirea unor evenimente sociale nefavorabile în copilărie. Timiditatea și evitarea îi apără împotriva rușinii, umilinței, respingerii și eșecului. Ca și în orice altă formă de anxietate înțelesul psihodinamic al anxietății trebuie explorat pentru a înțelege perfect originile în cazul fiecărui pacient. Totuși tratamentul psihoterapeutic și psihodinamic al indivizilor cu aceste manifestări descoperă adesea rușinea ca o experiență afectivă centrală.

Rușinea și expunerea de sine sunt strâns legate. Ceea ce îi sperie pe pacienții evitanți este de fapt orice situație în care ei trebuie să dezvăluie aspecte legate de ei înșiși și care îi fac vulnerabili. În timp ce vina implică preocupări legate de aspecte punitive pentru încălcarea unei reguli interioare, rușinea este legată mai mult de o evaluare a Sinelui ca

fiind oarecum inadecvat, neridicându-se la standardele interne. În acest sens, vina este mai strâns legată de Supraeul din modelul structural, în timp ce rușinea este mai strâns legată de Eul ideal (a se vedea Capitolul 12). Indivizii cu tulburare de personalitate evitantă pot avea sentimentul că situațiile sociale trebuie evitate, deoarece neadecvarea lor va fi expusă public. Se pot simți rușinați în legătură cu multe aspecte referitoare la ei înșiși; de exemplu se pot simți slabi, incapabili să concureze, deficienți psihic sau fizic, dezordonați și dezgustători, incapabili să-și controleze funcțiile corpului sau exhibiționiști (Wurmser, 1981).

Shame (rușinea) este derivată din punct de vedere etimologic din verbul to hide (a ascunde) (Nathanson, 1987) și pacientul evitant se retrage în mod frecvent din relațiile interpersonale și situațiile de expunere din dorința de „a se ascunde" de sentimentele de rușine extrem de neplăcute. Rușinea nu poate fi reducționist legată de nici unul dintre momentele de dezvoltare din perioada copilăriei, dar pare în schimb să evolueze din numeroase experiențe de dezvoltare la diferite vârste (Nathanson, 1987). Aparent prezentă de foarte devreme în viață, rușinea devine evidentă la apariția anxietății față de străini în jurul vârstei de 8 luni (Broucek, 1982). Este, de asemenea, conectată cu sentimente care își au originea în accidente ale vezicii urinare și intestinelor și în internalizarea dojenirilor parentale asociate cu aceste accidente. Copilul de doi ani care este extrem de bucuros când se zbenguie în pielea goală poate, de asemenea, simți rușine când un părinte sever oprește această activitate, insistând ca micuțul să se îmbrace (Gabbard, 1983). Toate aceste experiențe ale dezvoltării pot fi reactivate la pacientul evitant după expunerea în fața unui grup de persoane sau în fața unui individ care este foarte important pentru acesta.

Teoria atașamentului ne oferă multe pentru înțelegerea pacienților evitanți. Adulții cu un stil de atașament evitant s-au simțit în general respinși de către părinți sau de către cei în a căror grijă erau în copilărie și de aceea le e teamă să dezvolte relații de dragoste ca adulți (Connors, 1997). Ei simt adesea că nevoile lor de dezvoltare au fost excesive sau nepotrivite și au experimentat un eșec al reacțiilor adecvate ale obiectelor Sinelui (Miliora, 1998).

19.2.2 Abordări psihoterapeutice

Deși cercetările empirice în terapia dinamică a tulburării de personalitate evitantă sunt limitate, două studii diferite, ambele fiind menționate mai devreme în acest capitol în discuțiile despre TPOC, sugerează că această abordare este folositoare. Într-un studiu controlat efectuat de Winston et al. (1994), pacienții cu tulburări de personalitate de Grupă C care au fost tratați cu terapie dinamică au avut rezultate

mai bune decât subiecții de pe lista de așteptare a grupului de control. Într-un studiu de Svartberg et al. (2004), pacienții de Grupă C au avut rezultate foarte bune cu terapia dinamică și au continuat să se schimbe și după terminarea terapiei.

Pacienții cu tulburare de personalitate evitantă pot fi mai receptivi la psihoterapia expresiv-suportivă dacă este combinată cu încurajări ferme de a se expune situațiilor care creează frică (Gabbard și Bartlett, 1998; Sutherland și Frances, 1995). Această încurajare de a înfrunta situațiile temute trebuie, de asemenea, să fie însoțită de o apreciere empatică a stării de stânjeneală și umilință asociate expunerii. Se poate spune că terapia este expresiv-suportivă în sensul că elementele expresive implică explorarea cauzelor ascunse ale rușinii și ale legăturii cu experiențele de dezvoltare din trecut, în timp ce elementele suportive implică încurajările empatice pentru confruntarea situațiilor temute mai degrabă decât retragerea din fața lor de frică. Această abordare poate fi combinată cu un inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei, ca paroxetina, pentru abordarea aspectului biologic.

Și mai multe dintre anxietăți și fantasme vor fi activate la momentul expunerii reale decât în postura defensivă de retragere. Acest lucru le poate fi explicat pacienților prin intervenții educaționale pentru a-i ajuta să recunoască valoarea căutării active a situațiilor care produc frică. Terapeuții trebuie să se aștepte ca pacienții să fie de acord cu necesitatea expunerii la aceste situații producătoare de frică și apoi să renunțe la îndeplinirea sarcinii acordate. Pacienții evitanți se tem apoi să aducă vorba despre acest lucru în ședința de terapie, de frică să nu primească dezaprobare și critică din partea terapeutului (Newman și Fingerhut, 2005).

Eforturile de explorare inițiale pot fi frustrante pentru că pacienții evitanți nu vor fi în întregime siguri de ce anume se tem. Pacienții evitanți recurg adesea la clișee psihiatrice, ca „rejecție". Terapeuții trebuie să caute mai multe detalii ale situației actuale pentru a ajuta pacientul să meargă dincolo de aceste explicații vagi ale evitării. Terapeutul poate întreba: „Care a fost presupunerea dumneavoastră despre ceea ce cred colegii de serviciu despre dumneavoastră, ieri când ați stat cu ei la masa de prânz?". În mod similar, aceste fantasme specifice pot fi explorate în contextul transferului. Pacienții evitanți prezintă de obicei o foarte mare anxietate în legătură cu expunerea inevitabilă de pe parcursul psihoterapiei. Când pacientul roșește în legătură cu ceva care s-a spus, terapeutul poate întreba: „Puteți să îmi spuneți ce v-a făcut să roșiți? Credeți că mă gândesc la ceva anume legat de ceea ce ați spus mai devreme?". Urmărind detaliile anumitor situații, pacientul va conștientiza mai bine corelațiile cognitive ale sentimentului de rușine.

Dna OO, 24 de ani, asistentă medicală în pregătire, a venit la psihoterapie pentru că se simțea nesatisfăcută de viața ei, avea probleme în stabilirea relațiilor

heterosexuale și prezenta anxietate în situațiile sociale. Ea a descris probleme cronice cu sentimentul de timiditate și rușine când era în jurul bărbaților. Pentru că era foarte atrăgătoare, i se cereau des întâlniri, dar de fiecare dată anxietatea ei escalada atât de mult, încât trebuia să bea alcool pentru a se putea relaxa. I-a spus terapeutului că îi era frică să nu dezvolte o dependență de alcool, din cauză că nu reușea să se relaxeze în compania bărbaților decât dacă era sub influența alcoolului. Dna OO a remarcat că aceeași senzație de anxietate apărea când se afla printre alte persoane, cum ar fi colegii ei de școală.

A încercat psihoterapia de grup timp de câteva luni, dar s-a trezit cu „limba legată" și conștientă de sine în cadrul grupului. De frică să nu spună ceea ce nu trebuie, vorbea rar. Când a început să lipsească de la ședințele de psihoterapie, și-a interpretat absența spunând că oricum nu contează, că ea nu prea participă. Dna OO s-a decis să caute psihoterapie individuală, crezând că va fi mai deschisă în fața unei persoane decât în fața a opt persoane.

În a treia ședință de psihoterapie a început să aibă momente de tăcere frecvente. Terapeutul a fost răbdător pe durata acestor perioade, dar, după câteva ședințe, a observat că momentele de tăcere păreau să survină când se afla în pragul unor sentimente puternice. Ea a conștientizat faptul că îi era teribil de frică să nu piardă controlul când devenea emotivă. Terapeutul a întrebat-o pe dna OO dacă era îngrijorată de reacția lui legată de exprimarea sentimentelor ei. Dna OO a răspuns că era sigură că el o va critica și o va dojeni pentru purtarea ei „de copil mic".

Atunci, terapeutul a întrebat-o pe dna OO dacă această teamă era bazată pe experiențe din trecut. Ea a început o descriere amplă despre cum o tratase tatăl ei când era copil. A spus că el era „un bărbat care nu suporta să fie criticat, dar critica pe toată lumea". De fiecare dată când aducea acasă carnetul de note, acesta țipa la ea, întrebând: „De ce nu ai luat calificativul A?". De asemenea, își amintește că a vărsat laptele la cină și a fost certată aspru de tatăl ei, care a urlat la ea: „De ce nu poți să fii și tu ca sora ta?". Foarte stânjenită, spunea că tatăl ei nu a făcut-o niciodată să se simtă confortabil că era femeie. A tachinat-o din prima zi de ciclu că acum ar avea o scuză o dată pe lună să fie „rea". Ea și-a adus aminte că a fost extraordinar de îngrozită și a plâns în camera ei ore în șir. Când s-a întors într-o zi acasă foarte bucuroasă pentru că tocmai fusese aleasă majoretă, tatăl său a numit-o „încrezută și răsfățată". Avea o puternică convingere că nu va putea niciodată să se ridice la nivelul așteptărilor tatălui ei.

La un moment dat în timpul terapiei, dna OO a vorbit despre dificultatea de a participa la petreceri sau alte activități sociale. Din nou terapeutul a întrebat-o despre situațiile trecute care pot fi legate de această frică. Dna OO a spus că, atunci când era mică, mama ei obișnuia să o îmbrace frumos și să o ia cu ea la o prietenă și toată lumea comenta întotdeauna cât de „drăguță" era. Își amintea de senzația ei de stânjeneală la aceste complimente, ca și când s-ar fi „dat mare". Pe măsură ce terapeutul o ajuta să exploreze în continuare acest sentiment, ea a realizat că într-o câtva îi plăcea această situație, pentru că avea parte de reacții pozitive în contrast cu criticile constante ale tatălui ei. Terapeutul a încurajat-o să participe la unele

activități sociale la care a fost invitată pentru a observa ce alte asocieri îi vin în minte în timpul unui atac de anxietate.

Când dna OO a început să se socializeze fără să „se amețească" în prealabil, a realizat că îi era frică de fapt să se simtă bine. Dacă i-ar fi plăcut complimentele unui bărbat care s-ar fi învârtit în jurul ei la un eveniment social, atunci era convinsă că era „încrezută și răsfățată", așa cum spunea tatăl ei. Această convingere o făcea să se simtă că era o „fată rea".

Cazul dnei OO ilustrează că succesul în situațiile interpersonale poate fi la fel de temut ca o înfrângere. Emoția unei afișări exhibiționiste poate declanșa automat dojenirile părintești timpurii în legătură cu „a se da mare". Mulți indivizi cu tulburare de personalitate evitantă se tem că vor deveni prea amețiți de ei înșiși când vor fi în centrul reflectoarelor. Această dinamică este dominantă și în experiența fricii „de a fi pe scenă" (Gabbard, 1979, 1983). Coexistând cu frica dnei OO de a se bucura de a fi în centrul atenției, este o altă teamă că ar putea dezamăgi așteptările înalte pe care le avea legate de ea însăși. Aceste așteptări au fost interiorizate din cauza tatălui care avea așteptări exagerat de ridicate pentru ea. Pe parcursul terapiei, ea fost în sfârșit capabilă să înțeleagă furia intensă pe care o simțea împotriva tatălui ei pentru faptul că o făcea de rușine în mod repetat și o făcea să se simtă în conflict cu sexualitatea și feminitatea sa. Miller (1985) a observat o conexiune importantă între inhibiția furiei și sentimentele de rușine. Dna OO nu și-a putut niciodată exprima liber furia față de tatăl ei și s-a simțit rușinată chiar de faptul că nutrea astfel de sentimente.

19.3 Tulburarea de personalitate dependentă

Dependența, ca și rejecția, a devenit un clișeu psihiatric. Fiecare este dependent într-un anumit grad și majoritatea pacienților din cadrul clinic au anumite conflicte privind sentimentele lor de dependență. Mai cu seamă în cultura americană, unde un puternic mit se centrează în jurul individualismului dur și al independenței, cuvântul „dependență" este adesea folosit în mod peiorativ. Totuși psihologii Eului ar dezbate faptul că independența adevărată nu este nici posibilă, nici de dorit (a se vedea Capitolul 2). Mulți dintre noi avem diferite relații de obiect cum ar fi: confirmare, empatie, validare și admirație, pentru a ne susține și pentru a regla autostima noastră.

Categoria tulburării de personalitate dependentă (TPD) din DSM-IV-TR descrie dependența extremă care intră sub incidența patologiei (Tabelul 19–3). Acești indivizi sunt incapabili să ia decizii singuri, sunt

Tabelul 19–3. Criteriile de diagnostic DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate dependentă.

O necesitate excesivă și pervazivă de a fi tutelat, care duce la un comportament supus și la frica de separare și care începe de timpuriu în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

1. are dificultăți în a lua decizii comune fără o cantitate excesivă de sfaturi și reasigurări din partea altora
2. necesită ca alții să-și asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii ale vieții lui
3. are dificultăți în a-și exprima dezacordul față de alții din cauza fricii de a nu pierde suportul sau aprobarea. *Notă:* Nu implică frica realistă de retribuție
4. are dificultăți în a iniția proiecte ori a face ceva singur (din cauza lipsei de încredere în judecata sau capacitățile sale, mai curând decât din cauza lipsei de motivație sau de energie)
5. merge foarte departe spre a obține solicitudine și suport de la alții, până la punctul de a se oferi voluntar să facă lucruri care sunt neplăcute
6. se simte neconfortabil sau neajutorat când rămâne singur din cauza fricii exagerate de a nu fi în stare să aibă grijă de sine
7. caută urgent altă relație drept sursă de solicitudine și suport când o relație strânsă se termină
8. este exagerat de preocupat de frica de a nu trebui să aibă grijă de sine.

Sursă: Retipărit după Asociația Psihiatrică Americană, *Manual statistic și diagnostic al tulburărilor mintale* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.

neobișnuit de supuși, au mereu nevoie de reasigurare și nu pot funcționa bine fără ca altcineva să aibă grijă de ei.

TPD, ca și tulburarea de personalitate evitantă, este rar folosită ca diagnostic principal sau unic. Numeroase studii (Bornstein, 1995; Loranger, 1996; Skodol et al., 1996) au demonstrat rate de comorbiditate înalte pentru pacienții cu TPD. Incluse în cadrul afecțiunilor Axei I, frecvent întâlnite în asociere cu TPD sunt: depresia majoră, tulburarea bipolară, unele tulburări de anxietate și tulburările de comportament alimentar. Skodol et al. (1996) au sugerat că nu există nici o relație specifică între TPD și depresie. TPD prezintă doar un set de comportamente și trăsături maladaptative care intersectează un spectru larg al psihopatologiei personalității și sunt corelate cu o varietate de tipuri de disconfort psihologic. Într-adevăr, cele mai multe studii demonstrează că un pacient diagnosticat cu TPD va întruni, de asemenea, criteriile pentru alte câteva tulburări de pe Axa II. Deși mai mult de 50% dintre pacienții diagnosticați cu TPD sunt diagnosticați și cu tulburare de personalitate de tip borderline, cele două diagnostice pot fi diferențiate

pe baza aspectelor-cheie ale modelelor de relații. Pacienții borderline reacționează la abandon cu furie și manipulare, în timp ce pacienții dependenți devin supuși și se agață de ceilalți (Hirschfeld et al., 1991). Mai mult, calitatea intensă și instabilă a relațiilor pacienților borderline nu se regăsește la relațiile persoanelor cu TPD.

Un studiu recent norvegian a găsit prevalența tulburării de personalitate dependentă de 1,5%, cu o rată la femei de două ori mai mare decât la bărbați (Torgerson et al., 2001). Totuși acest lucru poate fi legat de tradiția adânc înrădăcinată din popor că dependența este mult mai acceptabilă la femei decât la bărbați, ceea ce le permite femeilor să își exprime dependența mai excesiv.

19.3.1 Înțelegere psihodinamică

Deși autorii psihanalitici timpurii credeau că problemele de dependență erau legate de perturbări în timpul fazei orale a dezvoltării psihosexuale, această opinie nu mai este atât de răspândită astăzi (Gunderson, 1988). Această formulare are aceeași problemă ca și alte explicații specifice fazelor legate de psihopatologie. Un model pervaziv de întărire parentală pentru dependență de-a lungul tuturor fazelor de dezvoltare este mult mai probabil să fie operațional în trecutul pacienților cu TPD. Un studiu empiric (Head et al., 1991) a descoperit că familiile persoanelor cu TPD erau caracterizate prin expresivitate scăzută și un grad înalt de control, spre deosebire de familiile grupului de control clinic și un grup de control sănătos. Un alt studiu despre mediul familial timpuriu (Baker et al., 1996) a descoperit că familiile pacienților cu TPD aveau un grad scăzut de independență și un înalt grad de control.

Atașamentul nesigur este o însușire a TPD și studiile pacienților cu TPD (West et al., 1994) au arătat un model de atașament dezorganizat. Mulți dintre pacienți au fost crescuți de părinți care le comunicau într-un fel sau altul că independența este asociată cu pericolul. Ei ar fi putut fi recompensați subtil pentru menținerea loialității față de părinți, care păreau să îi respingă la orice mișcare către independență. Dependența interpersonală pare, de asemenea, să aibă o influență genetică modestă în plus față de factorii de mediu care contribuie la tabloul clinic (O'Neill și Kendler, 1998); astfel, un temperament biologic poate fi, de asemenea, un factor etiologic în tabloul general.

Bornstein (1993) a subliniat faptul că dependența și pasivitatea nu pot fi automat egalate una cu alta. Motivația centrală a pacienților cu TPD o constituie obținerea și menținerea unor relații suportive și de dezvoltare. Pentru a realiza acest scop, ei se pot angaja în comportamente active și insistente care sunt destul de adaptative. De exemplu,

pacienții cu TPD pot cere în mod frecvent interpretări ale testelor psihologice, solicita ajutor când rezolvă probleme dificile într-un cadru de laborator și asistență medicală când apar anumite simptome fizice.

Poziția supusă în fața celorlalți poate avea mai multe înțelesuri. Așa cum pacienții evitanți se feresc de expunere ca urmare a unor factori inconștienți multiplu determinați, pacientul dependent caută îngrijire și ajutor din cauza anxietăților ce zac ascunse sub suprafață. Clinicianul ar trebui să întrebe fiecare individ: „Ce este așa înfricoșător legat de independență sau separare?". Dependența extremă maschează adesea agresiunea. Poate fi văzută ca un compromis în sensul că aceasta apără împotriva ostilității, de asemenea exprimată concomitent. Așa cum mulți profesioniști în sănătate mintală știu din propria experiență, persoana care este obiectul agățării dependente a pacientului poate simți cererile pacientului ca fiind ostile și apăsătoare.

Comportamentul dependent poate fi, de asemenea, o formă de evitare a reactivării experiențelor traumatice anterioare. Terapeutul ar trebui să exploreze împreună cu pacientul orice amintire legată de separările din trecut și impactul lor.

Dl PP era un angajat al Poștei în vârstă de 29 de ani, căsătorit. Avea o tulburare distimică persistentă și se plângea în mod cronic de insomnie, lipsă de energie, dificultate în luarea deciziilor și anxietate. Totuși a reușit să meargă conștiincios la serviciu, chiar dacă pentru el era foarte greu să ia inițiative când trebuia să o facă. Înainte de spitalizarea psihiatrică pentru dorințe și gânduri suicidare, dl PP a izbucnit în lacrimi în fața șefului său când i s-a spus că nu își face treaba cum trebuie.

În timpul discuției de la internare, dl PP și-a exprimat îngrijorarea cu privire la separarea de soția sa pe parcursul internării, deși era conștient că ideile suicidare erau suficient de periculoase pentru a necesita tratament în spital. Dna PP a explicat *că soțului său nu i-a plăcut niciodată să fie departe de ea. El* se baza pe ea în luarea tuturor deciziilor în casă și nu putea să funcționeze prea bine fără ea. Aproape imediat după internare, dl PP s-a agățat de o pacientă de aproximativ aceeași vârstă și înfățișare ca și soția sa, pentru a primi aceeași îndrumare pe care o primea de la soție. El își lua toate mesele cu ea și petrecea timpul liber cu ea, atunci când nu era implicat în activități terapeutice. Nu i-a făcut nici un fel de aluzii sexuale acestei paciente, doar a spus că se simte în siguranță în compania ei.

Istoricul dlui PP a dezvăluit un model de-a lungul vieții de dependență anxioasă. A avut întotdeauna un nivel considerabil de anxietate în fața ideii de a face ceva singur sau de a iniția orice plan de acțiune fără a se consulta cu ceilalți. A avut fobie de școală în ciclul primar, iar mama sa a relatat că plângea până când îl lua acasă. În mod similar, la vârsta de zece ani a fost trimis într-o vizită la unchiul său, rămânând acolo peste noapte, și a plâns atât de tare, încât mama a fost nevoită să se întoarcă și să îl ia acasă. La absolvirea liceului, toți prietenii săi s-au înrolat în armată, așa că el i-a urmat. După încheierea stagiului militar, ei au mers să lucreze la Oficiul Poștal, așa că a făcut și el la fel. Orice acțiune independentă din partea sa

părea să reactiveze anxietatea dureroasă asociată cu separări timpurii. Se comporta ca și cum era convins că urma să fie abandonat pentru orice comportament autonom.

Originile dependenței și anxietățile de separare ale dlui PP au devenit clare când mama sa a început să-l sune la spital. S-a plâns de decizia lui de a se interna în spital: „Cum poți să justifici că ai să stai așa departe de noi? Starea ta nu poate fi atât de rea. Dacă avem nevoie de tine pentru ceva și tu nu ești aici?". Pacientul a explicat că, și ca adult, a răspuns la apelurile telefonice ale mamei sale de a veni la ea acasă în fiecare săptămână pentru a face diverse treburi casnice. A adăugat că părinții săi erau practic necomunicativi unul cu celălalt și că mama lui se baza pe el pentru conversație. Dl PP crescuse într-o casă în care mama sa exprimase de o manieră categorică un mesaj — și anume că avea nevoie de el ca înlocuitor al soțului său înstrăinat emoțional. Independența era privită ca un act agresiv și neloial, care va duce la pierderea dragostei mamei.

19.3.2 Considerații psihoterapeutice

Așa cum s-a menționat mai devreme în cadrul capitolului, două studii randomizate controlate (Svartberg et al., 2004; Winston et al., 1994) arată că 40 de ședințe săptămânale de psihoterapie dinamică sunt foarte eficiente în tratamentul pacienților cu tulburare de personalitate de tip Grupa C. Pacienții cu TPD tind să aibă o rată mai scăzută de reducere a simptomatologiei decât alte tulburări de personalitate (Karterud et al., 2003; Shea et al., 1990). Psihoterapia acestor pacienți prezintă o dilemă terapeutică imediată — pentru ei depășirea problemelor de dependență presupune întâi dezvoltarea unei dependențe față de terapeut. Această dilemă adesea devine elaborată într-o formă specifică de rezistență în care pacientul vede dependența de terapeut mai degrabă ca pe un scop în sine decât ca un mijloc spre a atinge un scop. După o perioadă de terapie, acești pacienți pot să uite natura problemei care i-a adus la tratament și singurul lor scop devine întreținerea atașamentului față de terapeut. Îngroziți de terminarea relației terapeutice, ei îi pot reaminti terapeutului, în mod repetat, cât de îngrozitor se simt, pentru a asigura continuarea tratamentului. Dacă terapeutul comentează asupra oricărei îmbunătățiri, starea pacientului se poate deteriora sau înrăutăți paradoxal, deoarece gândul progresului este echivalent cu terminarea terapiei.

O regulă de bază în tratamentul pacienților dependenți este reamintirea faptului că ceea ce ei spun că vor nu este probabil ceea ce ei au nevoie. Ei vor încerca să-l facă pe terapeut să le spună ce să facă, permițându-le să continue această dependență, să colaboreze cu ei în evitarea luării deciziilor și declararea propriilor dorințe. Terapeutul nu

ar trebui să aibă probleme în frustrarea acestor dorințe ale pacientului și, în schimb, ar trebui să încurajeze la pacient gândirea independentă și acțiunea. Terapeutul trebuie să afirme că anxietatea produsă de această frustrare este tolerabilă și, de asemenea, productivă prin faptul că poate conduce la asociații legate de originea dependenței și de frica asociată cu aceasta.

Altă problemă de transfer frecventă este idealizarea terapeutului (Perry, 2001). Pacientul începe să privească terapeutul ca pe un atotștiutor și afișează o dorință de a-i lăsa toată responsabilitatea deciziilor importante acestuia. Adesea pacienții își închipuie că soluția tuturor problemelor lor este să devină exact ca terapeutul. Această dorință de a ocoli munca dificilă de a găsi un simț autentic al Sinelui diferit de cel al terapeutului trebuie să fie interpretată și confruntată pe parcursul terapiei. Pacientul poate încerca chiar să submineze scopurile terapeutice pentru a demonstra că nu poate gândi sau funcționa independent de terapeut.

Psihoterapia dinamică de scurtă durată a avut succes cu un număr de astfel de pacienți (Gunderson, 1998). Încă de la începutul psihoterapiei, cunoașterea faptului că relația pacient–terapeut se va termina după 12, 16 sau 20 de ședințe îi forțează pe acești pacienți să se confrunte cu anxietățile lor cele mai ascunse legate de pierdere și independență. Mai mult, această abordare ajută pacienții să abordeze fantasmele puternice care implică disponibilitatea continuă a figurilor care îi îndrumă și îngrijesc. Când terapia pe termen lung, fără un termen final, atinge un punct mort, o modificare a tehnicii limitei de timp poate fi folosită prin stabilirea unui termen limită pentru încheierea terapiei. Posibilele anxietăți latente vor fi aduse rapid la suprafață la întrevederea termenului limită.

Un subgrup de pacienți dependenți efectiv nu sunt capabili sau dornici să folosească cadrul psihoterapiei de scurtă durată. Perspectiva pierderii terapeutului după ce „tocmai începuseră" creează prea multă anxietate. Din cauza unor capacități reduse ale tăriei Eului sau unor grade ridicate ale anxietății de separare, acești pacienți au nevoie să dezvolte un proces de transfer dependent, pozitiv pe o durată lungă de timp. Totuși sunt posibile reușite terapeutice considerabile cu această strategie suportivă, așa cum este documentată de studiul lui Wallerstein (1986) (discutat în Capitolul 4). Unii pacienți se schimbă ca parte a unui „comerț transferențial" (Wallerstein, 1986, p. 690) cu terapeutul. Ei sunt dornici să facă anumite modificări în viața lor, în schimbul recunoașterii terapeutului. Alții pot deveni „condamnați pe viață", care pot menține schimbarea atât timp cât știu că terapeutul va fi întotdeauna acolo pentru ei. Acești pacienți pot avea rezultate bune chiar și când terapeutul reduce numărul de ședințe la una la câteva luni, cu condiția să nu existe pericolul terminării relației.

În cazul pacienților cu TPD, aspectele culturale trebuie să fie luate în calculul înțelegerii diagnosticului și în planificarea tratamentului. În unele culturi, dependența nu este doar așteptată, dar este și prețuită ca o formă de loialitate față de membrii de vârstă înaintată ai familiei. Când membrii familiei însoțesc pacientul la o consultație, există oportunitatea unei înțelegeri mai profunde a familiei și a concepțiilor culturale ale dependenței și ele pot fi încorporate în cadrul tratamentului. Când creșterea gradului de autonomie a pacientului este perceput ca o amenințare față de familie, terapeutul poate dori să ia în considerare terapia de familie ca un tratament adjuvant (Perry 2005).

Pacienții cu TPD evocă frecvent problemele de contratransfer legate de conflictele de dependență cu cei care îi tratează. Doctorii în general și psihiatrii în particular se pot simți în conflict cu propria lor dependență (Gabbard, 1985; Gabbard și Menninger, 1988; Vaillant et al., 1972). Psihoterapeuții trebuie să fie preocupați față de disprețul contratransferențial sau vizavi de pacientul dependent. Dorințele pacientului pot fi în concordanță cu dorințele inconștiente ale terapeutului și un acord empatic cu aceste dorințe de dependență poate fi resimțit deranjant, într-un mod acut. Terapeuții care neagă dorințele pacienților lor își pot nega, de asemenea, propriile lor dorințe. Printre alte dificultăți ale contratransferului se numără satisfacția privind idealizarea pacientului, conducându-l pe terapeut să evite confruntarea cu lipsa schimbării reale a pacientului (Perry, 2001). Terapeuții pot, de asemenea, deveni excesiv de autoritari și poruncitori, în special dacă pacienții continuă relațiile abuzive și nu sunt atenți la avertismentele terapeutului că acea relație este distructivă.

19.4 Tulburarea de personalitate fără altă specificație (FAS)

După ce am încheiat studiul nostru privind tulburările de personalitate descrise în DSM-IV-TR, merită să menționăm că, în general, pacienții nu se prezintă ca niște „culturi pure" ale unei anumite tulburări de personalitate. DSM-IV-TR descrie o categorie separată a tulburărilor de personalitate fără altă specificație pentru a recunoaște acest fapt. Această categorie poate fi folosită pentru tulburări de personalitate care sunt „mixte" și pentru cele incluse în Anexa B a DSM-IV-TR, cum ar fi tulburarea de personalitate pasiv-agresivă.

Unicitatea fiecărui individ este o sursă a unei încântări și provocări continue pentru un psihiatru dinamic. În Capitolul 1, am remarcat că psihiatrul dinamic este mai interesat de felul în care pacienții diferă unul față de celălalt, decât de felul în care ei se aseamănă. Nicăieri în psihiatrie această axiomă nu este mai relevantă ca în tratamentul tulburărilor de personalitate.

Bibliografie generală

Capitolul 1

Anderson MC, Ochsner KN, Kuhl B et al., Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. Science 303:232–235, 2004

Andreasen NC. Linking mind and brain in the study of mental illness: a project for a scientific psychopathology. Science 275:1586–1593, 1997

Appelbaum PS, Gutheil TG. Drug refusal: a study of psychiatric inpatients. Am J Psychiatry 137:340–346, 1980

Appelbaum SA. Effecting Change in Psychotherapy. New York, Jason Aronson, 1981

Bechara A, Tranel D, Damasio H et al., Double association of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hippocampus in humans. Science 269:1115–1118, 1995

Bennett AJ, Lesch KP, Heils A et al., „Early experience and serotonin transporter gene variation interact to influence primate CNS function", *Mol Psychiatry* 7:118–122, 2002

Book HE. „Some psychodynamics of non-compliance", *Can J Psychiatry* 32:115–117, 1987

Bremner JD, Randall P, Vermetten E et al., „Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse: a preliminary report", *Biol Psychiatry* 41:23–32, 1997

Brenner C. *The Mind in Conflict*, New York, International Universities Press, 1982

Cloninger CR. *The Silence of Well-Being: Biopsychosocial Foundations*, Oxford, England, Oxford University Press, 2004

Damasio A. „Looking for Spinosa: Joy, Sorrow and the Feeling Brain", New York, Harcourt, New York, 2003

Docherty JP, Fiester SJ. „The therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology", în *Psychiatry Update: American Psychiatric Association Annual Review*, vol. 4. Editat de Hales RE, Frances AJ. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1985, pp. 607–632

Docherty JP, Marder SR, Van Kammen DP et al., „Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues", *Am J Psychiatry* 134:529–533, 1977

Dumit J. *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity*, Princeton, NJ, Princeton University Press, 2004

Edelson M. *Psychoanalysis: A Theory in Crisis*, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1988

Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. „Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion", *Science* 302:290–292, 2003

Ellenberger HF. *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, New York, Basic Books, 1970

Fonagy P, Gergely G, Jurist EL et al., *Affect Regulation, Mentalization, and Development of the Self*, New York, Other Press, 2002

Francis D, Diorio J, Liu D et al., „Non-genomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat", *Science* 286:1155–1158, 1999

Freud S. *The Interpretation of Dreams* (1900), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 4, 5. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1953, pp. 1–627

Freud S. *The Psychopathology of Everyday Life* (1901), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 6. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1960, pp. 1–279

Freud S. The dynamics of transference (1912), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 12. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 97–108

Freud S. The Unconscious (1915), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 14. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1963, pp. 159–215

Friedman L. „A reading of Freud's papers on technique", *Psychoanal Q* 60:564–595

Gabbard GO. „Psychodynamic psychiatry in the «decade of the brain»", *Am J Psychiatry* 149:991–998, 1992

Gabbard GO. „Countertransference: the emerging common ground", *Int J Psychoanal* 76:475–485, 1995

Gabbard GO. „A neurobiologically informed perspective on psychotherapy", *Br J Psychiatry* 177:117–122, 2000

Gabbard GO. „Mind, brain, and personality disorders", *Am J Psychiatry* (sub tipar)

Gabbard GO. „The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist?", *Am J Psychiatry* 158:1956–1963, 2001

Goldapple K, Segal E, Garson C et al., „Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior

therapy", *Arch Gen Psychiatry* 61:34–41, 2004
Greenson RR. *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, New York, International Universities Press, 1967
Gutheil TG. „Psychodynamics in drug prescribing", *Drug Ther* 2:35–40, 1977
Gutheil TG. „The psychology of psychopharmacology", *Bull Menninger Clin* 46:321–330, 1982
Hamilton NG. *Self and Others: Object Relations Theory in Practice*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988
Higley JD, Suomi S, Linnoila M. *„CSF monoamine metabolite concentrations vary according to age, rearing* and sex, and are influenced by the stressor of social separation in rhesus monkeys", *Psychopharmacology* (Berl) 103:551–556, 1991
Hoffman IZ. *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical-Constructivist View*, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1998
Hyman SE. „Looking to the future: the role of genetics and molecular biology in research on mental illness", în *Psychiatry in the New Millennium.* Editat de Weissman S, Sabshin M, Eist H, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp. 101–122
Jung-Beeman M, Bowden EM, Haberman et al., „Neural activity when people solve verbal problems with insight", *PLoS Biol* 2:500–510, 2004
Kagan J, Reznick JS, Snidman N. „Biological bases of childhood shyness", *Science* 240:167–171, 1988
Kandel ER. „Psychotherapy and the single synapse: the impact of psychiatric thought on neurobiologic research", *N Engl J Med* 301:1028–1037, 1979
Kandel ER. „From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety", *Am J Psychiatry* 140:1277–1293, 1983
Kandel ER. „A new intellectual framework for psychiatry", *Am J Psychiatry* 155:457–469, 1998
Karasu TB. „Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model", *Am J Psychiatry* 139:1102–1113, 1982
Kay J (ed.): „Integrated Treatment of Psychiatric Disorders" (*Review of Psychiatry Series*, vol. 20, nr. 2; Oldham JM, Riba MB, ed. seriei), Washington, DC, American Psychiatric Press, 2001
Kendler KS. „A psychiatric dialogue on the mind-body problem", *Am J Psychiatry* 158:989–1000, 2001
Kernberg OF. „Notes on countertransference", *J Am Psychoanal Assoc* 13:38–56, 1965
Langsley DG, Yager J. „The definition of a psychiatrist: eight years later", *Am J Psychiatry* 145:469–475, 1988
Mauron A. „Is the genome the secular equivalent of the soul?", *Science* 291:831–832, 2001
McGinn C. *The Mysterious Flame: Conscious Minds in the Material World*, New York, Basic Books, 1999
Michels R. „The future of psychoanalysis", *Psychoanal Q* 57:167–185, 1988
Nemiah JC. *Foundations of Psychopathology*, New York, Oxford University Press,

1961, p. 4
Ornitz EM. „Developmental aspects of neurophysiology", în *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, ediția a 2-a. Editat de Lewis M. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1991, pp. 39–51
Ostow M. „Interactions of psychotherapy and pharmacotherapy" (scrisoare), *Am J Psychiatry* 140:370–371, 1983
Pally R. „How brain development is shaped by genetic and environmental factors", *Int J Psychoanal* 78:587–593, 1997
Panksepp J. „Feeling the pain of social loss", *Science* 302:237–239, 2003
Perry DB, Pollard RA, Blakeley TL et al., „Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and «use-dependent» development of the brain: how «states» become «traits»", *Infant Ment Health J* 16:271–291, 1995
Perry S, Cooper AM, Michels R. „The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application", *Am J Psychiatry* 144:543–550, 1987
Pietrini P. „Toward a biochemistry of mind?", *Am J Psychiatry* 160:1907–1908, 2003
Pynoos RA, Steinberg AM, Ornitz EM et al., „Issues in the developmental neurobiology of traumatic stress", *Ann N Y Acad Sci* 821:176–193, 1997
Reiss D, Hetherington EM, Plomin R et al., „Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence", *Arch Gen Psychiatry* 52:925–936, 1995
Renik O. „Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreductible subjectivity", *Psychoanal Q* 62:553–571, 1993
Riba MB, Balon R. „Competency in Combining Pharmacotherapy and Psychotherapy: Integrated and Split Treatment" (*Core Competencies in Psychotherapy Series*, Glen O Gabbard, ed. seriei), Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005
Robinson GE. „Genome mix: beyond nature and nurture", *Science* 304:397–399, 2004
Schatz CJ. „The developing brain", *Sci Am* 267:60–67, 1992
Schore AN. „A century after Freud's project: Is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand?", *J Am Psychoanal Assoc* 45:807–840, 1997
Searle JR. *The Rediscovery of the Mind*, Cambridge, MA, MIT Press, 1992
Sherwood M. *The Logic of Explanation in Psychoanalysis*, New York, Academic Press, 1969
Shevrin H, Bond J, Brakel LA et al., *Conscious and Unconscious Processes: Psychodynamic, Cognitive, and Neurophysiological Convergences*, New York, Guilford, 1996
Singer T, Seymour B, O'Doherty J et al., „Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain", *Science* 303:1157–1161, 2004
Solms M, Turnbull O. *The Brain and the Inner World: An Introduction to the Neuroscience of Subjective Experience*, New York, Other Press, 2003
Squire LR. *Memory and Brain*, New York, Oxford University Press, 1987
Stolorow RD. „An intersubjective view of self psychology", *Psychoanalytic Dialogues* 5:393–399, 1995

Suomi SJ. „Early stress and adult emotional reactivity in rhesus monkeys", în *Childhood Environment and Adult Disease* (CIBA Foundation Symposium nr. 156). Editat de Bock GR și CIBA Foundation Symposium, Chichester, England, Wiley, 1991, pp. 171–188

Suomi SJ. „Social and biological mechanisms underlying impulsive aggressiveness in rhesus monkeys", în *The Causes of Conduct Disorder and Severe Juvenile Delinquency,* Editat de Lahey BB, Moffitt T, Caspi A, New York, Guilford, 2003, pp. 345–362

Thomä H, Kächele H. *Psychoanalytic Practice*, vol. 1: *Principle*. Tradus de Wilson M, Roseveare D, New York, Springer-Verlag, 1987

Thomas A, Chess S. „Genesis and evolution of behavioral disorders: from infancy to early adult life", *Am J Psychiatry* 141:1–9, 1984

Thompson EM, Brodie HKH. „The psychodynamics of drug therapy", *Curr Psychiatr ther* 20:239–251, 1981

Viinamäki H, Kuikka J, Tiihonen J et al., „Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: a case-control study", *Nord J Psychiatry* 52:39–44, 1998

Watson JB. *Behaviorism* (1924), New York, WW Norton, 1930

Weaver IC, Szyf M, Meaney MJ. „From maternal care to gene expression: DNA methylation and the maternal programming of stress responses", *Endocr Res* 28:699, 2002

Weaver ICG, Cervoni N, Champagne FA et al., „Epigenetic programming by maternal behavior", *Nat Neurosci 7:847–854, 2004*

Weinberger J, Hardaway R. „Separating science from myth in subliminal psychodynamic activation", *Clin Psychol Rev* 10:727–756, 1990

Westen D. *Mind, Brain, and Culture*, ediția a 2-a. New York, Wiley, 1999a

Westen D. „The scientific status of unconscious processes: is Freud really dead?", *J Am Psychoanal Assoc* 47:1061–1106, 1999b

Westen D, Gabbard GO. „Developments in cognitive neuroscience, II: implications for theories of transference", *J Am Psychoanal Assoc* 50:99–134, 2002

Winnicott DW. „Hate in the counter-transference", *Int J Psychoanal* 30:69–74, 1949

Wylie HW Jr, Wylie ML. „An effect of pharmacotherapy on the psychoanalytic process: case report of a modified analysis", *Am J Psychiatry* 144:489–492, 1987

Capitolul 2

Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E et al., „Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation", Hillsdale, NJ,

Lawrence Erlbaum, 1978
Allen JG, Deering CD, Buskirk JR et al., „Assessment of therapeutic alliances in the psychiatric hospital milieu", *Psychiatry* 41:291–299, 1988
Aron L. *Meeting of Minds: Mutuality and Psychoanalysis*, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1996
Bacal HA. „Optimal responsiveness and the therapeutic process", în *Progress in Self Psychology*, vol. 1, editat de Goldberg A, New York, Guilford, 1985, pp. 202–227
Bacal HA. „British object-relations theorists and self psychology: some critical reflections", *Int J Psychoanal* 68:81–98, 1987
Bacal HA, Newman KM. *Theories of Object Relations: Bridges to Self Psychology*, New York, Columbia University Press, 1990
Baker HS, Baker MN. „Heinz Kohut's self psychology: an overview", *Am J Psychiatry* 144:1–9, 1987
Balint M. *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*, New York, Brunner/Mazel, 1979
Beebe B, Lachmann F, Jaffe J. „Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations", *Psychoanalytic Dialogues* 7:133–182, 1997
Bellak L, Hurvich M, Gedimen HK. *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals: A Systematic Study of Conceptual, Diagnostic, and Therapeutic Aspects*, New York, Wiley, 1973
Benjamin J. „An outline of intersubjectivity: the development of recognition", *Psychoanalytic Psychology* 7 (supl.):33–46, 1990
Bion WR. *Learning From Experience*, New York, Basic Books, 1962
Bollas C. *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*, New York, Columbia University Press, 1987
Bollas C. *Forces of Destiny: Psychoanalysis and Human Idiom*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989
Bowlby J. *Attachment and Loss*, vol. 1: *Attachment*, Londra, Hogarth Press/Institute of Psycho-Analysis, 1969
Bowlby J. *Attachment and Loss*, vol. 2: *Separation: Anxiety and Anger*, Londra, Hogarth Press/Institute of Psycho-Analysis, 1973
Bowlby J. *Attachment and Loss*, vol. 3: *Loss: Sadness and Depression*, London, Hogarth Press/Institute of Psycho-Analysis, 1980
Brenner C. *The Mind in Conflict*, New York, International Universities Press, 1982
Calarge C, Andreasen NC, O'Leary DS. „Visualizing how one brain understands an-other: a PET study of theory of mind", *Am J Psychiatry* 160:1954–1964, 2003
Chodorow NJ. „Theoretical gender and clinical gender: epistemological reflections on the psychology of women", *J Am Psychoanal Assoc* 44 (supl.):215–238, 1996
Curtis HC. „Clinical perspectives on self psychology", *Psychoanal Q* 54:339–378, 1985

Dunn J. „Intersubjectivity in psychoanalysis: a critical review", *Int J Psychoanal* 76:723–738, 1995

Eagle MN. *Recent Developments in Psychoanalysis: A Critical Evaluation*, New York, McGraw-Hill, 1984

Eagle M. „The concepts of need and wish in self psychology", *Psychoanalytic Psychology* 7 (supl.):71–88, 1990

Erikson EH. „Identity and the life cycle: selected papers", *Psychol Issues* 1:1–171, 1959

Fairbairn WRD. „Schizoid factors in the personality" (1940), în *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Londra, Routledge & Kegan Paul, 1952, pp. 3–27

Fairbairn WRD. „Endopsychic structure considered in terms of object-relationship" (1944), în *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Londra, Routledge & Kegan Paul, 1952, pp. 82–136

Fairbairn WRD. *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Londra, Routledge & Kegan Paul, 1952

Fairbairn WRD. „Synopsis of an object-relations theory of the personality", *Int J Psychoanal* 44:224–225, 1963

Feldman M. „Projective identification: the analysis involvement", *Int J Psychoanal* 78:227–241, 1997

Fogassi L, Gallese V. „The neurocorrelates of action understanding in nonhuman primates", în *Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language*. Editat de Stanemov MI, Gallese V, Amsterdam, John Benjamin's Publishing, 2002, pp. 13–36

Fogel A. „Movement and communication in human infancy: The social dynamics of development", *Hum Mov Sci* 11:387–423, 1992

Fonagy P. „An attachment theory approach to treatment of the difficult patient", *Bull Menninger Clin* 62:147–169, 1998

Fonagy P. *Attachment Theory and Psychoanalysis*, New York, Other Press, 2001

Fonagy P, Target M. *Psychoanalytic Theories: Perspectives From Developmental Psychology*, Londra, Whurr Publishers, 2003

Frenkel RS. „A reconsideration of object choice in women: phallus or fallacy", *J Am Psychoanal Assoc* 44 (supl.):133–156, 1996

Freud A. *The Ego and the Mechanisms of Defense* (1936), în *The Writings of Anna Freud*, vol. 2, ediție revizuită, New York, International Universities Press, 1966

Freud S. *Three Essays on the Theory of Sexuality* (1905), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 7. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1953, pp. 123–245

Freud S. *Inhibitions, Symptoms and Anxiety* (1926), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 20. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1959, pp. 75–175

Freud S. *The Ego and the Id* (1923), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 19. Tradus și editat de

Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp. 1–66
Freud S. *Some Psychical Consequences of the Anatomical Distinction Between the Sexes* (1925), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 19. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp. 241–258
Freud S. *Fetishism* (1927), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 21. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp. 147–157
Freud S. *Female Sexuality* (1931), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 21. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp. 223–243
Freud S. *On Narcissism: an Introduction* (1914), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 14. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1963, pp. 67–102
Freud S. *Mourning and Melancholia* (1917), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 14. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1963, pp. 237–260
Freud S. *Feminity* (1933), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 22. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1964, pp. 112–135
Freud S. *Analysis Terminable and Interminable* (1937), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 23. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1964, pp. 209–253
Freud S. *Splitting of the Ego in the Process of Defense* (1940), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 23. Tradus și editat de Strachey J. Londra, Hogarth Press, 1964, pp. 271–278
Frith U, Frith CD. „Development and neurophysiology of mentalizing", *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 358:459–473, 2003
Gabbard GO. „Countertransference: the emerging common ground", *Int J Psychoanal* 76:445–485, 1995
Gabbard GO. *Love and Hate in the Analytic Setting*, New York, Jason Aronson, 1996
Gabbard GO. „A reconsideration of objectivity in the analyst", *Int J Psychoanal* 78:15–26, 1997
George C, Kaplan N, Main M. *The Adult Attachment Interview*, Department of Psychology, University of California-Berkeley, 1996
Gill MM. *Psychoanalysis of Transition: A Personal View*, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1994
Greenberg J. *Oedipus and Beyond: A Clinical Theory*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1991
Greenberg J, Mitchell SA. *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1983
Grinberg L. „Countertransference and projective counteridentification", în *Countertransference*. Editat de Epstein L, Feiner A, New York, Jason

Aronson, 1979, pp. 169–191
Grinstein JS. *Splitting and Projective Identification*, New York, Jason Aronson, 1981
Guntrip H. *Schizoid Phenomena, Object-Relations, and the Self*, New York, International Universities Press, 1968
Guntrip H. *Psychoanalytic Theory, Therapy, and the Self*, New York, Basic Books, 1971
Hartmann H. *Ego Psychology and the Problem of Adaptation* (1939). Tradus de Rapaport D, New York, International Universities Press, 1958
Hofer MA. „Developmental psychobiology of early attachment", în *Developmental Psychobiology*. Editat de Casey BJ, Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2004, pp. 1–28
Hoffman IZ. „Some practical implications of a social constructivist view of the psychoanalytic situation", *Psychoanalytic Dialogues* 2:287–304, 1992
Hoffman IZ. *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical-Constructivist View*, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1998
Jacobson E. *The Self and the Object World*, New York, International Universities Press, 1964
Joseph B. *Psychic Equilibrium and Psychic Change: Selected Papers of Betty Joseph*, Editat de Feldman M, Spillius EB, Londra, Routledge, 1989
Kernberg OF. „Borderline personality organization", *J Am Psychoanal Assoc*15:641–685, 1967
Kernberg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson, 1975
Kernberg OF. „Self, ego, affects, and drives", *J Am Psychoanal Assoc* 30:893–917, 1982
Kernberg OF. „Object relations theory and character analysis", *J Am Psychoanal Assoc* 31 (supl.):247–272, 1983
Kernberg OF. „Concluding discussions", în *Projection, Identification, Projective Identification*. Editat de Sandler J. Madison, CT, International Universities Press, 1987, pp. 179–196
King P, Steiner R. *The Freud-Klein Controversies 1941–45*, Londra, Routledge, 1992
Klein M. „Notes on some schizoid mechanisms" (1946), în *Envy and Gratitude and Other Works*, 1946–1963, New York, Free Press, 1975, pp. 1–24
Kohon G. *The British School of Psychoanalysis: The Independent Tradition*, New Haven, CT, Yale University Press, 1986
Kohut H. *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, New York, International Universities Press, 1971
Kohut H. *The Restoration of the Self*, New York, International Universities Press, 1977
Kohut H. *How Does Analysis Cure?* Editat de Goldberg A, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984

Lerner HE. „Penis envy: alternatives in conceptualization", *Bull Menninger Clin* 44:39–48, 1980
Leslie KR, Johnson-Frey SH, Grafton ST. „Functional imaging of face and hand imitation: toward a motor theory of empathy", *Neuroimage* 21:601–607, 2004
Levine HB. „The analyst's participation in the analytic process", *Int J Psychoanal* 75:665–676, 1994
Levine HB. „The analyst's infatuation: reflections on an instance of countertransference love". Lucrare prezentată la întâlnirea anuală a American Psychoanalytic Association, New York, NY, decembrie 1996
Lichtenberg JD. „Experience as a guide to psychoanalytic theory and practice", *J Am Psychoanal Assoc* 46:17–36, 1998
Lichtenberg JD, Hadley JL. *Psychoanalysis and Motivation*, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1989
Lindon JA. „Gratification and provision in psychoanalysis: should we get rid of the «rule of abstinence?»", *Psychoanalytic Dialogues* 4:549–582, 1994
Mahler MS, Pine F, Bergman A. *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*, New York, Basic Books, 1975
Meins E, Ferryhough C, Fradley E et al., „Rethinking maternal sensitivity: mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months", *J Child Psychol Psychiatry* 42:637–648, 2001
Meissner WW. „Can psychoanalysis find its self?", *J Am Psychoanal Assoc* 34:379–400, 1986
Mitchell SA. „Contemporary perspectives on self: toward an integration", *Psychoanalytic Dialogues* 1:121–147, 1991
Mitchell SA. *Hope and Dread in Psychoanalysis*, New York, Basic Books, 1993
Mitchell SA. *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1997
Natterson JM. *Beyond Countertransference: The Therapist's Subjectivity in the Therapeutic Process*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1991
Ogden TH. „On projective identification", *Int J Psychoanal* 60:357–373, 1979
Ogden TH. „The concept of internal object relations", *Int J Psychoanal* 64:227–241, 1983
Ogden TH. *The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986
Ogden TH. *The Primitive Edge of Experience*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989
Ogden TH. „The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis, II: the contributions of Klein and Winnicott", *Int J Psychoanal* 73:613–626, 1992
Ornstein PH. „On narcissism: beyond the introduction, highlights of Heinz Kohut's contributions to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders", *Annual of Psychoanalysis* 2:127–149, 1974
Perry JC, Cooper SH. „A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder", *J Am Psychoanal*

Assoc 34:863–893, 1986

Pine F. „The four psychologies of psychoanalysis and their place in clinical work", *J Am Psychoanal Assoc* 36:571–596, 1988

Pine F. *Drive, Ego, Object, and Self: A Synthesis for Clinical Work*, New York, Basic Books, 1990

Posner MI, Rothbart MK. „Developing mechanisms of self-regulation", *Dev Psychopathol* 12:427–441, 2000

Pulver SE. „Psychic change: insight or relationship?", *Int J Psychoanal* 73:199–208, 1992

Rangell L. „The self in psychoanalytic theory", *J Am Psychoanal Assoc* 30:863–891, 1982

Rapaport D. *Organization and Pathology of Thought: Selected Sources*, New York, Columbia University Press, 1951

Reiss D, Neiderhiser J, Hetherington EM et al., *The Relationship Code: Deciphering Genetic and Social Patterns in Adolescent Development*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 2000

Renik O. „Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreductible subjectivity", *Psychoanal Q* 62:553–571, 1993

Renik O. „The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity", *Int J Psychoanal* 79:487–497, 1998

Rinsley DB. „An object relations view of borderline personality", în *Borderline Personality Disorders*. Editat de Hartocollis P. New York, International Universities Press, 1977, pp. 47–70

Sandler J. „On internal object relations", *J Am Psychoanal Assoc* 38:859–880, 1990

Sandler J. „On attachment to internal objects", *Psychoanalytic Inquiry* 23:12–26, 2003

Sandler J, Rosenblatt B. „The concept of the representational world", *Psychoanal Study Child* 17:128–145, 1962

Schafer R. *Aspects of Internalization*, New York, International Universities Press, 1968

Schafer R. *A New Language for Psychoanalysis*, New Haven, CT, Yale University Press, 1976

Schafer R. „Narratives of the self", în *Psychoanalysis: Toward the Second Century*. Editat de Cooper AM, Kernberg OF, Person ES, New Haven, CT, Yale University Press, 1989, pp. 153–167

Schore AN. „A century after Freud's project: is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand?", *J Am Psychoanal Assoc* 45:807–840, 1997

Sebanz N, Frith C. „Beyond simulation? Neuromechanisms for predicting the actions of others", *Nat Neurosci* 7:5–6, 2004

Segal H. *An Introduction to the Work of Melanie Klein*, New York, Basic Books, 1964

Siegel A. *Heinz Kohut and the Psychology of Self*, Londra, Routledge, 1996

Spillius EB. „Clinical experiences of projective identification", în *Clinical*

Lectures on Klein and Bion. Editat de Anderson R, Londra, Tavistock/Routledge, 1992, pp. 59–73

Stern DN. *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*, New York, Basic Books, 1985

Stern DN. „Developmental prerequisites for the sense of a narrated self", în *Psychoanalysis: Toward the Second Century*. Editat de Cooper AM, Kernberg OF, Person ES, New Haven, CT, Yale University Press, 1989, pp. 168–178

Stern DN. *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, New York, WW Norton, 2004

Stoller RJ. „Primary femininity", *J Am Psychoanal Assoc* 24 (supl.):59–78, 1976

Stolorow RD, Brandchaft P, Atwood GE. *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*, Hillsdale, NJ Analytic Press, 1987

Summers FL. *Transcending the Self: An Object Relations Model of Psychoanalytic Therapy*, Hillsdale, NJ Analytic Press, 1999

Sutherland JD. „The British object relations theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip", *J Am Psychoanal Assoc* 28:829–860, 1980

Sutherland JD. „The self and object relations: A challenge to psychoanalysis", *Bull Menninger Clin* 47:525–541, 1983

Torok M. „The significance of penis envy in women", în *Female Sexuality: New Psychoanalytic Views*. Editat de Chasseguet-Smirgel J, Ann Arbor, University of Michigan Press, 1970, pp. 135–170

Tuckett D. Introducere editorială la *My Experience of Analysis With Fairbairn and Winnicott* de Guntrip H, *Int J Psychoanal* 77:739–740, 1996

Tyson P. „Female psychology: an introduction", *J Am Psychoanal Assoc* 44 (supl.):11–20, 1996

Vaillant GE. „Natural history of male psychological health, V: the relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment", *Arch Gen Psychiatry* 33:535–545, 1976

Vaillant GE. *Adaptation to Life*, Boston, MA, Little, Brown, 1977

Wallerstein RS. „Self psychology and «classical» psychoanalytic psychology: the nature of their relationship", în *The Future of Psychoanalysis: Essays in Honor of Heinz Kohut*. Editat de Goldberg A, New York, International Universities Press, 1983, pp. 19–63

Wallerstein RS. „One psychoanalysis or many?", *Int J Psychoanal* 69:5–21, 1988

Winnicott DW. „Transitional objects and transitional phenomena: a study of the first not-me possession" (1953), în *Playing and Reality*, New York, Basic Books, 1971, pp. 1–25

Winnicott DW. *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, Londra, Hogarth Press, 1965

Wolf E. *Treating the Self: Elements of Clinical Self Psychology*, New York, Guildford, 1988

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a. Text revizuit. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000

Amini F, Lewis T, Lannon R et al., „Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration", *Psychiatry* 59:213–239, 1996

Andreasen NC, O'Leary DS, Cizadlo T et al., „Remembering the past: two facets of episodic memory explored with positron emission tomography", *Am J Psychiatry* 152:1576–1585, 1995

Andrews G, Tennant C. „Editorial: life event stress and illness", *Psychol Med* 8:545–549, 1978

Bellak L, Hurvich M, Gedimen HK. *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals: A Systematic Study of Conceptual, Diagnostic, and Therapeutic Aspects*, New York, Wiley, 1973

Benusch F, Murphy WF. *The Clinical Interview, vol. 1: Diagnosis: A Method of Teaching Associative Exploration*, New York, International Universities Press, 1955

Engel GL. „The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science* 196:129–136, 1977

Fink PJ. „Response to the presidential address: is «biopsychosocial» the psychiatric shibboleth?", *Am J Psychiatry* 145:1061–1067, 1988

Fonagy P. *Attachment Theory and Psychoanalysis*, New York, Other Press, 2001

Freud S. „Fragment of an analysis of a case of hysteria" (1905), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 7.* Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1953, pp. 1–122

Gabbard GO. „Challenges in the analysis of adult patients with histories of childhood sexual abuse", *Canadian Journal of Psychoanalysis* 5:1–25, 1997

Gabbard GO. *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004

Hesse SE. „The Adult Attachment Interview and psychoanalytic outcome studies", *Int J Psychoanal* 84:651–668, 2003

Jilek S. „The relevance of immigration in the psychodynamic formulation of psychotherapy with immigrants", *Int J Appl Psychoanal Studies* 1:99–120, 2004

Holmes TH, Rahe RH. „Social Readjustment Rating Scale", *J Psychosom Res* 11:213–281, 1967

Horowitz MJ. *Formulation as a Basis for Planning Psychotherapy Treatment*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997

Kernberg OF. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, New Haven, CT, Yale University Press, 1984

Kramer JS, Lerner HD, Lerner PM et al. (ed.). *Borderline Phenomena an the*

Rorschach Test, New York, International Universities Press, 1980
Langs RJ. *The Bipersonal Field*, New York, Jason Aronson, 1976
Leary K. „Racial enactments in dynamic treatment", Psychoanalytic Dialogues 10:639–653, 2000
MacKinnon RA, Mitchels R. „The Psychiatric Interview in Clinical Practice", Philadelphia, PA, WB Saunders, 1971
Menninger KA. *Theory of Psychoanalytic Technique*, New York, Basic Books, 1958
Menninger KA, Mayman M, Pruyser PW. *A Manual for Psychiatric Case Study*, ediția a 2-a. New York, Grune & Stratton, 1962
Perry S, Cooper AM, Michels R. „The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application", *Am J Psychiatry* 144:543–550, 1987
Pine F. *Drive, Ego, Object, and Self: A Synthesis for Clinical Work*, New York, Basic Books, 1990
Poland WS. „The analyst's witnessing and otherness", *J Am Psychoanal Assoc* 48:16–35, 2000
Rapaport D, Gill MM, Schafer R. *Diagnostic Psychological Testing*. Ediție revizuită. Editat de Holt RR, New York, International Universities Press, 1968
Reiser MF. „Are psychiatric educators «losing the mind?»", *Am J Psychiatry* 145:148–153, 1988
Schafer R. *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing: Theory and Application*, New York, Grune and Stratton, 1954
Shevrin H, Shectman F. „The diagnostic process in psychiatric evaluations", *Bull Menninger Clin* 37:451–494, 1973
Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B et al., *Psychiatric Case Formulations*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992
Stein H, Jacobs NJ, Ferguson KS et al., „What do adult attachment scales measure?", *Bull Menninger Clin* 62:33–82, 1998
Thomä H, Kächele H. *Psychoanalytic Practice*, vol. 1: *Principles*. Tradus de Wilson M, Roseveare D, New York, Springer-Verlag, 1987
Waelder R. *Basic Theory of Psychoanalysis*, New York, International Universities Press, 1960

Capitolul 4

Adler E, Bachant JL. *Working in Depth. A Clinician's Guide to Framework and Flexibility in the Analytic Relationship*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1998
Adler G. „The myth of the alliance with borderline patients", *Am J Psychiatry* 47:642–645, 1979
Amini F, Lewis T, Lannon R et al., „Affect, attachmnet, memory: contributions

toward psychobiologic integration", *Psychiatry* 59:213–239, 1996
Anderson EM, Lambert MJ. „Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis", *Clin Psychol Rev* 15:503–514, 1995
Aron L. „Self-reflexivity and the therapeutic action of psychoanalysis". Lucrare prezentată la întrunirea anuală a American Psychoanalytic Association, Toronto, Ontario, Canada, mai 1998
Bachrach HM, Leaff LA. „«Analyzability»: a systematic review of the clinical and quantitative literature", *J Am Psychoanal Assoc* 26:881–920, 1978
Baekeland F, Lundwall L. „Dropping out of treatment: a critical review", *Psychol Bull* 82:738–783, 1975
Basch MF. *Doing Psychotherapy*, New York, Basic Books, 1980
Beck NC, Lambert J, Gamachei M et al., „Situational factors and behavioral self-predictions in the identification of clients at high risk to drop out of psychotherapy", *J Clin Psychol* 43:511–520, 1987
Blatt SJ. „The defferential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited", *J Am Psychoanal Assoc* 40:691–724, 1992
Blatt S. *Experiences of Depression*, Washington, DC, American Psychological Association, 2004
Book HE. *How to Practice Brief Psychodynamic Psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme Method*, Washington, DC, American Psychological Association, 1998
Bordin ES. „The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance", *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 16:252–260, 1979
Budman SH (ed.). *Forms of Brief Therapy*, New York, Guilford, 1981
Busch F. *The Ego at the Center of Clinical Tehnique* (*Critical Issues in Psychoanalysis* 1), Northvale, NJ, Jason Aronson, 1995
Chessick RD. *The Technique and Practice of Intensive Psychotherapy*, New York, Jason Aronson, 1974
Chessick RD. „What is intensive psychotherapy?", *Am J Psychother* 35:489–501, 1981
Cooper AM. „Psychic change: development in the theory of psychoanalytic techniques", *Int J Psychoanal* 73:245–250, 1992
Crits-Christoph P. „The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis", *Am J Psychiatry* 149:151–158, 1992
Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L. „The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy", *J Consult Clin Psychol* 56:490–495, 1988
Davanloo H (ed.). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*, New York, Jason Aronson, 1980
Dewald PA. *Psychotherapy: A Dynamic Approach*, New York, Basic Books, 1964
Dewald PA. *Psychotherapy: A Dynamic Approach*, ediția a 2-a. New York, Basic Books, 1971
Dewan MJ, Steenbarger BN, Greenberg RP (ed.). *The Art and Science of Brief*

Psychotherapies: A Practitioner's Guide, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004

Fonagy P. „The process of change, and the change of processes: what can change in a «good» analysis?" Keynote address at the spring meeting of Division 39 of the American Psychological Association, New York, aprilie 1999

Fonagy P. *Attachment Theory and Psychoanalysis*, New York, Other Press, 2001

Freud A. *The Ego and the Mechanisms of Defense* (1936), în *The Writings of Anna Freud*, vol. 2, Ediție revizuită. New York, International Universities Press, 1966

Freud S. *The Interpretation of Dreams* (1900), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 4, 5. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1953, pp. 1–627

Freud S. *Recommendations to Physicians Practising Psycho-analysis* (1912), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 12. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 109–120

Freud S. *On Beginning the Treatment* (1913), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 12. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 121–144

Friedman L. „A reading of Freud's papers on technique", *Psychoanal Q* 60:564–595, 1991

Frieswyk SH, Allen JG, Colson DB et al., „Therapeutic alliance: its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research", *J Consult Clin Psychol* 54:32–38, 1986

Fromm-Reichmann F. *Principles of Intensive Psychotherapy*, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1950

Gabbard GO. „Countertransference: the emerging common ground", *Int J Psychoanal* 76:475–485, 1995

Gabbard GO. *Love and Hate in the Analytic Setting*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996

Gabbard GO. „A reconsideration of objectivity in the analyst", *Int J Psychoanal* 78:15–26, 1997

Gabbard GO. *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004

Gabbard GO, Lester EP. *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003

Gabbard GO, Westen D. „Rethinking therapeutic action", *Int J Psychoanal* 84:823–841, 2003

Gabbard GO, Wilkinson SM. *Management of Countertransference With Borderline Patients*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994

Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P. „The place of psychoanalytic treatments within psychiatry", *Arch Gen Psychiatry* 59:505–510, 2002

Garfield SL. *The Practice of Brief Psychotherapy*, New York, Wiley, 1998

Greenberg JR. „Theoretical models and the analyst's neutrality", *Contemporary Psychoanalysis* 22:87–106, 1986

Greenson RR. *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, New York International Universities Press, 1967

Greenson RR. „The working alliance and the transference neurosis" (1965) în *Explorations in Psychoanalysis*, New York, International Universities Press 1978, pp. 119–224

Grinberg L. „The closing phase of the psychoanalytic treatment of adults and the goals of psychoanalysis: «the search for truth about one's self.»", *Int J Psychoanal* 61:25–37, 1980

Gunderson JG, Gabbard GO. „Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment", *J Am Psychoanal Assoc* 47:679–703, 1999

Gustafson JP. „An integration of brief dynamic psychotherapy", *Am J Psychiatry* 141:935–944, 1984

Gustafson JP. *The Complex Secret of Brief Psychotherapy*, New York, WW Norton, 1986

Gutheil T, Gabbard GO. „Misuses and misunderstandings of boundary theory in clinical and regulatory settings", *Am J Psychiatry* 455:409–414, 1998

Hartley DE, Strupp HH. „The therapeutic alliance: its relationship to outcome in brief psychotherapy", în *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*, vol. 1. Editat de Masling J. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1983, pp. 1–37

Hartmann S, Zepf S. „Defectiveness of psychotherapy in Germany: a replication of the *Consumer Reports* studyo", *Psychother Res* 13:235–242, 2003

Heinicke CM, Ramsey-Klee DM. „Outcome of child psychotherapy as a function of frequency of sessions", *J Am Acad Child Psychiatry* 25:247–253, 1986

Hoffman IZ. *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical-Constructivist View*, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1998

Hoffman IZ, Gill MM. „Critical reflections on a coding scheme", *Int J Psychoanal* 69:55–64, 1988

Hoglend P. „Long-term effects of brief dynamic therapy", *Psychother Res* 13:271–290, 2003

Horowitz MJ, Marmar C, Krupnick J et al., *Personality Styles and Brief Psychotherapy*, New York, Basic Books, 1984a

Horowitz MJ, Marmar C, Weiss DS et al., „Brief psychotherapy of bereavement reactions: the relationship of process to outcome", *Arch Gen Psychiatry* 41:438–448, 1984b

Horvath AD, Symonds BD. „Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis", *J Couns Psychol* 38:139–149, 1991

Horwitz L. *Clinical Prediction in Psychotherapy*, New York, Jason Aronson, 1974

Horwitz L, Gabbard GO, Allen JG et al., *Borderline Personality Disorder: Tailoring*

the Psychotherapy to the Patient, Washington DC, American Psychiatric Press, 1996

Howard KI, Kopts SM, Krause MS et al., „The dose-effect relationship in psychotherapy", *Am Psychol* 41:159–164, 1986

Jacobs TJ. „The corrective emotional experience: its place in current technique", *Psychoanalytic Inquiry* 10:433–454, 1990

Joyce AS, Piper WE. „The immediate impact of transference in short-term individual psychotherapy", *Am J Psychother* 47:508–526, 1993

Kantrowitz JL. „Suitability for psychoanalysis", *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy* 2:403–415, 1987

Kantrowitz JL, Katz AL, Paolitto F et al., „Changes in the level and quality of object relations in psychoanalysis: follow-up of a longitudinal, prospective study", *J Am Psychoanal Assoc* 35:23–46, 1987

Karasu TB. „Psychotherapies: an overview", *Am J Psychiatry* 134:851–863, 1977

Kilingmo B. „Affirmation in psychoanalysis", *Int J Psychoanal* 76:503–518, 1995

Kohut H. *How Does Analysis Cure?* Editat de Goldberg A, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984

Lawson DM, Brossart DF. „Link among therapies and parent relationship, working alliance, and therapy outcome", *Psychother Res* 13:383–394, 2003

Lipton SD. „The advantages of Freud's technique as shown in his analysis of the Rat Man", *Int J Psychoanal* 58:255–273, 1977

Loewald HW. „On the therapeutic action of psychoanalysis" (1957), în *Papers on Psychoanalysis*, New Haven, CT, Yale University Press, 1980, pp. 221–256

Lohser B, Newton PM. *Unorthodox Freud: The View From the Couch*, New York, Guilford, 1996

Luborsky L. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, New York, Basic Books, 1984

Luborsky L, Singer B, Luborsky L. „Comparative studies of psychotherapy: is it true that «everyone has won and all must have prizes?»", *Arch Gen Psychiatry* 32:995–1008, 1975

Luborsky L, Mintz J, Auerbach A et al., „Predicting the outcome of psychotherapy: findings of the Penn Psychotherapy Project", *Arch Gen Psychiatry* 37:471–481, 1980

Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J et al., *Who Will Benefit From Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes*, New York, Basic Books, 1988

Lyons-Ruth K, „Members of the Change Process Study Group. Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment", *Infant Ment Health J* 19:282–289, 1998

MacKenzie KR. „Recent developments in brief psychotherapy", *Hosp Community Psychiatry* 39:742–752, 1988

Malan DH. *The Frontier of Brief Psychotherapy: An Example of the Convergence of Research and Clinical Practice*, New York, Plenum, 1976

Malan DH. *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy: A Replication*, New York, Plenum, 1980
Mann J. *Time-Limited Psychotherapy*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1973
Martin DJ, Garske JP, Davis KK. „Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review", *J Consult Clin Psychol* 68:438–450, 2000
Marziali E, Marmar C, Krupnick J. „Therapeutic alliance scales: development and relationship to psychotherapy outcome", *Am J Psychiatry* 138:361–364, 1981
McWilliams N. *Psychoanalytic Psychotherapy*, New York, Guilford, 2004
Menninger KA. *Theory of Psychoanalytic Technique*, New York, Basic Books, 1958
Mental Health: does therapy help? Consumer Reports, noiembrie 1995, pp. 734–739
Mitchell SA. *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1997
Morgan R, Luborsky L, Crits-Christoph P et al., „Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method", *Arch Gen Psychiatry* 39:397–402, 1982
Ogden TH. *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*, New York, Jason Aronson, 1982
Ornstein A. „«Supportive» psychotherapy: a contemporary view", *Clin Soc Work J* 14:14–30, 1986
Pine F. „On therapeutic change: perspectives from a parent-child model", *Psychoanalysis and Contemporary Science* 5:537–569, 1976
Pine F. „Supportive psychotherapy: a psychoanalytic perspective", *Psychiatric Annals* 16:526–529, 1986
Pine F. *Diversity and Direction in Psychoanalytic Technique*, New Haven, CT, Yale University Press, 1998
Piper WE, Azim HFA, McCallum M et al., „Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy", *J Consult Clin Psychol* 58:475–481, 1990
Pulver SE. „Psychic change: insight or relationship?", *Int J Psychoanal* 73:199–208, 1992
Racker H. *Transference and Counter-transference*, New York, International Universities Press, 1968
Renik O. „Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreductible subjectivity", *Psychoanal Q* 62:553–571, 1993
Rosenthal RN, Muran JC, Pinsker H et al., „Interpersonal change in brief supportive therapy", *J Psychother Pract Res* 8:55–63, 1999
Roskin G. „Changing modes of psychotherapy", *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation* 4:483–487, 1982
Roth S. *Psychotherapy: The Art of Wooing Nature*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1987

Sandler J. „Countertransference and role-responsiveness", *International Review of Psychoanalysis* 3:43–47, 1976

Scheidt CE, Burger T, Strukely S et al., „Treatment selection in private practice psychodynamic psychotherapy: a naturalistic prospective longitudinal study", *Psychother Res* 13:293–305, 2003

Sifneos PE. *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1972

Silberschatz G, Fretter PB, Curtis JT. „How do interpretations influence the process of psychotherapy?", *J Consult Clin Psychol* 54:646–652, 1986

Sledge WH, Moras K, Hartley D et al., „Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates", *Am J Psychiatry* 147:1341–1347, 1990

Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The Benefits of Psychotherapy*, Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1980

Steiner J. „The aim of psychoanalysis", *Psychoanal Psychother* 4:109–120, 1989

Stern DN, Sander LW, Nahum JP et al., „Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the «something more» than interpretation", *Int J Psychoanal* 79:903–921, 1998

Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. „Effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders: a randomized controlled trial", *Am J Psychiatry* 161:810–817, 2004

Ursano RJ, Dressler DM. „Brief versus long-term psychotherapy: a treatment decision", *J Nerv Ment Dis* 159:164–171, 1974

Ursano RJ, Hales RE. „A review of brief individual psychotherapies", *Am J Psychiatry* 143:1507- 1517, 1986

Ursano RJ, Silberman EK. „Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, and supportive psychotherapy", în *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*, ediția a 2-a. Editat de Hales RE, Yudofsky SC, Talbott J, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994, pp. 1035–1060

Vaslamatzis G, Markidis M, Katsouyanni K. „Study of the patients' difficulties in ending brief psychoanalytic psychotherapy", *Psychother Psychosom* 52:173–178, 1989

Wallerstein RS. *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*, New York, Guildford, 1986

Werman DS. „The use of dreams in psychotherapy: practical guidelines", *Can Psychiatr Assoc* J 23:153–158, 1978

Werman DS. *The Practice of Supportive Psychotherapy*, New York, Brunner/Mazel, 1984

Westen D, Gabbard GO. „Developments in cognitive neuroscience, II: implications for theories of transference", *J Am Psychoanal Assoc* 50:99–134, 2002

Winnicott DW. „The aims of psychoanalytic treatment" (1962), în *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, Londra, Hogarth, 1976, pp. 166–170

Winston A, Muran C. „Common factors in the time-limited therapies", în *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. 15. Editat de Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996, pp. 43–68

Winston A, Laikin M, Pollack J et al., „Short-term psychotherapy of personality disorders", *Am J Psychiatry* 151:190–194, 1994

Winston A, Rosenthal R, Winston E. *Supportive Psychotherapy*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004

Capitolul 5

Appelbaum PS, Gutheil TG. „Drug refusal: a study of psychiatric inpatients", *Am J Psychiatry* 137:340–346, 1980

Bateman A, Fonagy P. „Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up", *Am J Psychiatry* 158:36–42, 2001

Bateson G, Jackson DD, Haley J et al., „Toward a theory of schizophrenia", *Behav Sci* 1:251–264, 1956

Berkowitz DA. „An overview of the psychodynamics of couples: bridging concepts", în *Marriage and Divorce: A Contemporary Perspective*. Editat de Nadelson CC, Polonsky DC, New York, Guilford, 1984, pp. 117–126

Bion WR. *Experiences in Groups and Other Papers*, New York, Basic Books, 1961

Book HE. „Some psychodynamics of non-compliance", *Can J Psychiatry* 32:115–117, 1987

Bowen M. *Family Therapy in Clinical Practice*, New York, Jason Aronson, 1978

Ciechanowski PS, Katon W, Russo J et al., „The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes", *Am J Psychiatry* 158:29–35, 2001

Dicks HV. „Object relations theory and marital studies", *Br J Med Psychol* 36:125–129, 1963

Docherty JP, Fiester SJ. „The therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology", în *Psychiatry Update: American Psychiatric Association Annual Review*, vol. 4. Editat de Hales RE, Frances AJ. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1985, pp. 607–632

Docherty JP, Marder SR, Van Kammen DP et al., „Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues", *Am J Psychiatry* 134:529–533, 1977

Dunbar-Jacob J. „Contributions to patient adherence: is it time to share the blame?", *Health Psychol* 12:91–92, 1993

Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP et al., „Conceptual and methodological issues

in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, I: active ingredients and mechanisms of change", *Am J Psychiatry* 145:909–917, 1988

Ezriel H. „A psycho-analytic approach to group treatment", *Br J Med Psychol* 23:59–74, 1950

Freedman N, Engelhardt DM, Hankoff LD et al., „Drop-out from outpatient psychiatric treatment", *Arch Neurol Psychiatry* 80:657–666, 1958

Gabbard GO. „A contemporary perspective on psychoanalytically informed hospital treatment", *Hosp Community Psychiatry* 39:1291–1295, 1988

Gabbard GO. „Combined pharmacotherapy and psychotherapy", în *Comprehensive Textbook of Psychiatry* VII, vol. 2. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1999, pp. 2225–2234

Gabbard GO, Bartlett AB. „Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of an ongoing analysis", *Psychoanalytic Inquiry* 18:657–672, 1998

Gabbard Go, Kay J. „The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist?", *Am J Psychiatry* 158:1956–1963, 2001

Ganzarain RC. „Psychotic-like anxieties and primitive defenses in group analytic psychotherapy", *Issues in Ego Psychology* 3:42–48, 1980

Ganzarain RC. „Working through in analytic group psychotherapy", *Int J Group Psychother* 33:281–296, 1983

Gibbard GR, Hartman JJ. „The significance of utopian fantasies in small groups", *Int J Group Psychother* 23:125–147, 1973

Gillaspy JA Jr, Wright AR, Campbell C et al., „Group alliance and cohesion as predictors of drug and alcohol abuse treatment outcomes", *Psychotherapy Research* 12:213–229, 2002

Glick ID, Berman EM, Clarkin JF et al., *Marital and Family Therapy*, ediția a 4-a, Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000

Groves J. „Taking care of the hateful patient", *N Engl J Med* 298:883–887, 1978

Gutheil TG. „Psychodynamics in drug prescribing", *Drug Ther* 2:35–40, 1977

Gutheil Tg. „The psychology of psychopharmacology", *Bull Menninger Clin* 46:321–330, 1982

Holmes SE, Kivlighan Jr DM. „Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes", *J Couns Psychol* 47:478–484, 2000

Horwitz L. „A group-centered approach to group psychotherapy", *Int J Group Psychother* 27:423–439, 1977

Horwitz L. „Projective identification in dyads and groups", *Int J Group Psychother* 33:259–279, 1983

Howard K, Rickels K, Mock JE et al., „Therapeutic style and attrition rate from psychiatric drug treatment", *J Nerv Ment Dis* 150:102–110, 1970

Jones SA, Gabbard GO. „Marital therapy of physician couples", în *Medical Marriages*. Editat de Gabbard GO, Menninger RW, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1988, pp. 137–151

Kohut H. *How Does Analysis Cure?* Editat de Goldberg A, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984

Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S et al., „The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program", *J Consult Clin Psychol* 64:532–539, 1996

Lambert MJ, Bergin AE. „The effectiveness of psychotherapy", în *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*, ediția a 4-a. Editat de Bergin AE, Garfield SL, New York, Wiley, 1994, pp. 143–189

Luborsky L, Singer B, Luborsky L. „Comparative studies of psychotherapies: is it true that «everyone has won and all must have prizes?»", *Arch Gen Psychiatry* 32:995–1008, 1975

MacKenzie KR. „The time-limited psychotherapies: an overview", în *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. 15. Editat de Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996, pp. 11–21

MacKenzie KR. *Time-Managed Group Psychotherapy. Effective Clinical Applications*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997

Minuchin S. *Families and Family Therapy*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1974

Myers ED, Branthwaite A. „Out-patient compliance with antidepressant medication", *Br J Psychiatry* 160:83–86, 1992

Normand WC, Bluestone H. „The use of pharmacotherapy in psychoanalytic treatment", *Contemp Psychoanal* 22:218–234, 1986

Ogden TH. *Projective Identification and Psychotherapeutic Tehnique*, New York, Jason Aronson, 1982

Overall B, Aronson H. „Expectations of psychotherapy in patients of lower socioeconomic class", *Am J Orthopsychiatry* 33:421–430, 1963

Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G et al., „Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review", *Arch Gen Psychiatry* 61:714–719, 2004

Piper WE, McCallum M, Azim HFA. *Adaptation to Loss Through Short-Term Group Psychotherapy*, New York, Guilford, 1992

Polonsky DC, Nadelson CC. „Psychodynamic couples therapy", în *Textbook of Family and Couples Therapy: Clinical Applications*. Editat de Sholevar GP, Schwoeri LD, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003, pp. 439–459

Porter K. „Combined individual and group psychotherapy", în *Comprehensive Group Psychotherapy*, ediția a 3-a. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1993, pp. 314–324

Redl F. „Psychoanalysis and group therapy: a developmental point of view", *Am J Orthopsychiatry* 33:135–147, 1963

Ringstrom PA. „An intersubjective approach to conjoint therapy", în *Progress in Self Psychology*, vol. 10. Editat de Goldberg A. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1994, pp. 159–182

Ringstrom PA. „Competing selfobject functions: the bane of the conjoint therapist", *Bull Menninger Clin* 62:314–325, 1998

Rioch MJ. „The work of Wilfred Bion on groups", *Psychiatry* 33:56–66, 1970

Roose SP, Stern RH. „Medication use in training cases: a survey", *J Am Psychoanal Assoc* 43:163–170, 1995

Rutan JS, Stone WN. *Psychodynamic Group Psychotherapy*, ediția a 3-a. New York, Guilford, 2001

Sadock BJ. „Preparation, selection of patients, and organization of the group", în *Comprehensive Group Psychotherapy*, ediția a 2-a. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1983, pp. 23–32

Scharff DE, Scharff JS. *Object Relations Family Therapy*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1987

Scharff DE, Scharff JS. *Object Relations Couples Therapy*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1991

Scheidlinger S. „On the concept of the «mother-group»", *Int J Group Psychother* 24:417–428, 1974

Schwartz AE. „Ozzie and Harriet are dead: new family narratives in a postmodern world", în *Uncoupling Convention: Psychoanalytic Approaches to Same-Sex Couples and Families*. Editat de D'Ercole A, Drescher J. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 2004, pp. 13–29

Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G et al., *Paradox and Counterparadox: A New Model in the Therapy of the Family in Schizophrenic Transaction*, New York, Jason Aronson, 1978

Shaddock D. *From Impasse to Intimacy: How Understanding Unconscious Needs Can Transform Relationships*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1998

Shapiro ER, Zinner J, Shapiro RL et al., „The influence of family experience on borderline personality development", *International Review of Psychoanalysis* 2:399–411, 1975

Sholevar GP, Schwoeri LD. „Psychodynamic family therapy", în *Textbook of Family and Couples Therapy: Clinical Applications*. Editat de Sholevar GP, Schwoeri LD. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003, pp. 77–102

Slipp S. *Object Relations: A Dynamic Bridge Between Individual and Family treatment*, New York, Jason Aronson, 1984

Slipp S. *The Technique and Practice of Object Relations Family Therapy*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988

Solomon JL. „A clinical study of the effect of the introduction of antidepressant medication on the psychoanalytic process in an analysis of long

duration", *Journal of Clinical Psychoanalysis* 4:169–184, 1995

Sperry L, Brill PL, Howard KI et al., *Treatment Outcomes in Psychotherapy and Psychiatric Interventions*, New York, Brunner/Mazel, 1996

Stewart RH, Peters TC, Marsh S et al., „An object-relations approach to psychotherapy with marital couples, families, and children", *Fam Process* 14:161–178, 1975

Thompson EM, Brodie HKH. „The psychodynamics of drug therapy", *Curr Psychiatr Ther* 20:239–251, 1981

Van Putten T, Crumpton E, Yale C. „Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy", *Arch Gen Psychiatry* 33:1443–1446, 1976

Wager TD, Rilling JK, Smith EF et al., „Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain", *Science* 303:1162–1167, 2004

Weiden P, Rapkin B, Zymunt A et al., „Postdischarge medication compliance of inpatient converted from an oral to a depot neuroleptic regimen", *Psychiatr Serv* 46:1049–1054, 1995

Whitaker DS, Lieberman MA. *Psychotherapy Through the Group Process*, New York, Atherton Press, 1964

Widberg T, Karterud S, Pedersen G et al., „Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders", *J Pers Disord* 17:510–521, 2003

Wright EC. „Non-compliance — or how many aunts has Matilda?", *Lancet* 342:909–913, 1993

Yalom ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, ediția a 3-a, New York, Basic Books, 1985

Zinner J. „The implications of projective identification for marital interaction", în *Contemporary Marriage: Structure, Dynamics, and Therapy*. Editat de Grunebaum H, Christ J. Boston, MA, Little Brown, 1976, pp. 293–308

Zinner J, Shapiro R. „Projective identification as a mode of perception and behavior in families of adolescents", *Int J Psychoanal* 53:523–530, 1972

Zinner J, Shapiro R. „The family as a single psychic entity: implications for acting out in adolescence", *International Review of Psychoanalysis* 1:179–186, 1974

Capitolul 6

Adler G. „Hospital treatment of borderline patients", *Am J Psychiatry* 130:32–36, 1973

Adler G. *Borderline Psychopathology and Its Treatment*, New York, Jason Aronson, 1985

Adshead G. „Psychiatric staff as attachment figures", *Br J Psychiatry* 172:64–69, 1998

Allen JG, Deering CD, Buskirk JR et al., „Assessment of therapeutic alliances in the psychiatric hospital milieu", *Psychiatry* 51:291–299, 1988

Bateman A, Fonagy P. „The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial", *Am J Psychiatry* 156:1563–1569, 1991

Bateman A, Fonagy P. „Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up", *Am J Psychiatry* 158:36–42, 2001

Bateman A, Fonagy P. „Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care", *Am J Psychiatry* 160:169–171, 2003

Bion WR. *Experiences in Groups and Other Papers*, New York, Basic Books, 1961

Brenner C. *The Mind in Conflict*, New York, International Universities Press, 1982

Burnham DL. „The special-problem patient: victim or agent of splitting?", *Psychiatry* 29:105–122, 1966

Casement PJ. „The meeting of needs in psychoanalysis", *Psychoanalytic Inquiry* 10:325–346, 1990

Chiesa M, Fonagy P, Holmes J. „When more is less: an exploration of psychoanalytically oriented hospital-based treatment for severe personality disorder", *Int J Psychoanal* 84:637–650, 2003

Cohen RA. „Some relations between staff tension and the psychotherapeutic process", în *The Patient and the Mental Hospital: Contributions of Research in the Science of Social Behavior*. Editat de Greenblatt M, Levinson DJ, Williams RH, Glencoe Il, Free Press, 1957, pp. 301–308

Dolan B, Warren F, Norton K. „Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder", *Br J Psychiatry* 171:274–279, 1997

Finell JS. „Narcissistic problems in analysts", *Int J Psychoanal* 66:433–445, 1985

Freud S. *Remembering, Repeating and Working-Through (further recommendations on the technique of psycho-analysis II)* (1914), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 12. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 145–156

Gabbard GO. „The treatment of the «special» patient in a psychoanalytic hospital", *International Review of Psychoanalysis* 13:333–347, 1986

Gabbard GO. „A contemporary perspective on psychoanalytically informed hospital treatment", *Hosp Community Psychiatry* 39:1291–1295, 1988

Gabbard GO. „On «doing nothing» in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient", *Int J Psychoanal* 70:527–534,1989a

Gabbard GO. „Patients who hate", *Psychiatry* 52:96–106, 1989b

Gabbard GO. „Splitting in hospital treatment", *Am J Psychiatry* 146:444–451, 1989c

Gabbard GO. „Comparative indications for brief and extended hospitalization", în *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. II. Editat de Tasman A, Riba MB. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992a, pp. 503–517

Gabbard GO. „The therapeutic relationship in psychiatric hospitalization", *Bull Menninger Clin* 56:4–19, 1992b

Gabbard GO. „Treatment of borderline patients in a multiple-treater setting", *Psychiatr Clin North Am* 17:839–850, 1994

Gabbard GO. „Training residents in psychodynamic psychiatry", în *Acute Care Psychiatry: Diagnosis and Treatment*. Editat de Sederer LI, Rothschild AJ, Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1997, pp. 481–491

Gabbard GO. „Treatment-resistant borderline personality disorder", *Psychiatr Ann* 28:651–656, 1998

Gabbard GO., Wilkinson SM. *„Management of Countertransference With Borderline Patients*, Washington, DC, American Psychiatry Press, 1994

Gabbard GO, Takahashi T, Davidson JE et al.,,, A psychodynamic perspective on the clinical impact of insurance review", *Am J Psychiatry* 148:318–323, 1991

Gabbard GO, Coyne L, Allen JG et al., „Evaluation of intensive inpatient treatment of patients with severe personality disorders", *Psychiatr Serv* 51:893–898, 2000

Hamilton NG. *Self and Others: Object Relations Theory in Practice*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988

Harry MK. „Countertransference patterns in the psychiatric treatment team", *Bull Menninger Clin* 43:105–122, 1979

Hilles L. „Changing trends in the application of psychoanalytic principle to a psychiatric hospital", *Bull Menninger Clin* 32:203–218, 1968

Hoffman IZ, Gill MM. „Critical reflections on a coding scheme", *Int J Psychoanal* 69:55–64, 1988

Horwitz L. „Transfernce issues in hospital groups", *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy* 2:117–122, 1987

Kernberg OF. „Psychoanalytic object-relations theory: group processes and administration: toward an integrative theory of hospital treatment", *Annual of Psychoanalysis* 1:363–388, 1973

Kernberg OF. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, New Haven, CT, Yale University Press, 1984

Kibel HD. „Inpatient group psychotherapy: where treatment philosophies converge", *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy* 2:94–116, 1987.

Kohut H. *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, New York, International Univesities Press, 1971.

Main TF. „The ailment", *Br J Med Psychol* 30:129–145, 1957

Menninger WC. „The Menninger Hospital Guide to the Order Sheet" (1939), *Bull Menninger Clin* 46:1–112, 1982

Ogden TH. *Projective Identification and Psychotherapeutic Tehnique*, New York, Jason Aronson, 1982

Ogden TH. *The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Oldham JM, Russakoff LM. *Dynamic Therapy in Brief Hospitalization*, Northvale, Nj, Jason Aronson, 1987

Perry JC, Cooper SH. „A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder", *J Am Psychoanal Assoc* 34:863–893, 1986

Pine F. *Drive, Ego, Object, and Self: A Synthesis for Clinical Work*, New York, Basic Books, 1990

Poggi RG, Ganzarain R. „Countertransference hate", *Bull Menninger Clin* 47:15–35, 1983

Rangell L. „The self in psychoanalytic theory", *J Am Psychoanal Assoc* 30:863–891, 1982

Rinsley DB. *Treatment of the Severely Disturbed Adolescent*, New York, Jason Aronson, 1980

Rinsley DB. *Borderline and Other Self Disorders. A Development and Object-Relations Perspective*, New York, Jason Aronson, 1982

Sandler J, Sandler AM. „On the development of object relations and affects", *Int J Psychoanal* 59:285–296, 1978

Searles HF. *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, New York, International Universities Press, 1965

Searles HF. „The «dedicated psysician» in the field of psychotherapy and psychoanalysis" (1967), în *Countertransference and Releted Subjects*, Madison, CT, International Universities Press, 1979, pp. 71–88

Shapiro ER, Shapiro RL, Zinner J et al., „The borderline ego and the working alliance: indications for family and individual treatment in adolescence", *Int J Psychoanal* 58:77–87, 1977

Simmel E. „Psycho-analytic treatment in a sanatorium", *Int J Psychoanal* 10:70–89, 1929

Stamm I. „Countertransference in hospital treatment: basic concepts and paradigms", *Bull Menninger Clin* 49:432–450, 1985a

Stamm I. „The hospital as a «holding environment»", *International Journal of Therapeutic Communities* 6:219–229, 1985b

Stanton AH, Schwartz MS. *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*, New York, Basic Books, 1954

Symington N. „The possibility of human freedom and its transmission (with particular reference to the thought of Bion)", *Int J Psychoanal* 71:95–106, 1990

Weiss J, Sampson H, the Mount Zion Psychotherapy Research Group. *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations, and Empirical Research*, New York, Guilford, 1986

Wesselius LF. „Countertransference in milieu treatment", *Arch Gen Psychiatry* 18:47–52, 1968
Winnicott DW. *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, Londra, Hogarth Press, 1965
Zee HJ. „Purpose and structure of a psychoanalytic hospital", *J Natl Assoc Priv Psychiatr Hosp* 84:20–26, 1077

Capitolul 7

Abdelmalik P, Husted J, Chow EWC et al., „Childhood head injury and expression of schizophrenia in multiply affected families", *Arch Gen Psychiatry* 60:231–236, 2003
American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a. Text revizuit. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000
Andreasen NC, Olsen SA, Dennert JW et al., „Ventricular enlargement in schizophrenia: relationship to positive and negative symptoms", *Am J Psychiatry* 139:297–302, 1982
Andreasen NC, Flaum M, Swayze VW et al., „Positive and negative symptoms in schizophrenia: a critical reappraisal", *Arch Gen Psychiatry* 47:615–621, 1990
Anomymous. „Can we talk? The schizophrenic patient in psychotherapy: a recovering patient", *Am J Psychiatry* 143:68–70, 1986
Arlow JA, Brenner C. „The psychopathology of the psychoses: a proposed revision", *Int J Psychoanal* 50:5–14, 1969
Bachrach LL. „Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients", *Am J Psychiatry* 149:1455–1463, 1992
Bion WR. „Differentiation of the psychotic from non-psychotic personalities" (1957), în *Second Thoughts: Selected Papers on Psycho-Analysis*, New York, Jason Aronson, 1967, pp. 43–64
Blatt SJ, Wild CM. *Schizophrenia: A Developmental Analysis*, New York, Academic Press, 1976
Brown GW, Birley JLT, Wing JK. „Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication", *Br J Psychiatry* 121:241–258, 1972
Buztlaff RL, Hooley JM. „Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis", *Arch Gen Psychiatry* 55:547–552, 1998
Cannon M, Caspi A, Moffit T et al., „Evidence for early childhood, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder", *Arch Gen Psychiatry* 59:449–456, 2002

Carpenter WT Jr. „A perspective on the Psychotherapy of Schizophrenia Project", *Schizophr Bull* 10:599–602, 1984

Carpenter WT Jr., Henrichs DW, Wagman AMI. „Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept", *Am J Psychiatry* 145:578–583, 1988

Conte HR, Plutchik R. „Controlled research and supportive psychotherapy", *Psychiatric Annals* 16:530–533, 1986

Degen K, Nasper E. *Return From Madness: Psychotherapy With People Taking the New Antipsychotic Medications and Emerging From Severe, Lifelong, and Disabling Schizophrenia,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996

Dixon LB, Lehman AF. „Family interventions for schizophrenia", *Schizophr Bull* 21:631–643, 1995

Duckworth K, Nair V, Patel JK et al., „Lost time, found hope and sorrrow: the search for self, connection, and purpose during «awakenings» on the new antipsychotics", *Harv Rev Psychiatry* 5:227–233, 1997

Falloon IRH. „Expressed emotion: current status", *Psychol Med* 18:269–274, 1988

Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW et al., „Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study", *N Engl J Med* 306:1437–1440, 1982

Federn P. *Ego Psychology and the Psychoses,* New York, Basic Books, 1952

Fenton WS, McGlashan TH. „We can talk: individual psychotherapy for schizophrenia", *Am J Psychiatry* 154:1493–1495, 1997

Frank AF, Gunderson JG. „The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: relationship to course and outcome", *Arch Gen Psychiatry* 47: 228–236, 1990

Freedman R, Adler LE, Myles-Worsley M et al., „Inhibitory gating of an evoked response to repeated auditory stimuli in schizophrenic and normal subjects: human recordings, computer simulation, and an animal model", *Arch Gen Psychiatry* 53:1114–1121, 1996

Frese FJ. „Recovery: myths, mountains, and miracles", Prezentare pentru membrii Clinicii Menninger, Topeka, KS, 30 mai 1997

Freud S. *Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)* (1912), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 12. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 1–82

Freud S. *The Loss of Reality in Neurosis and Psychosis* (1924a), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 19. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp. 181–187

Freud S. *Neurosis and Psychosis* (1924b), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 19. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp. 147–153

Freud S. *On Narcissism: an Introduction* (1914), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 14. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1963, pp. 67–102

Freud S. *The Unconscious* (1915), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 14. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1963, pp. 159–215

Fromm-Reichmann F. *Principles of Intensive Psychotherapy*, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1950

Garfield D. „Self-criticism in psychosis: enabling statements in psychotherapy", *Dynamic Psychotherapy* 3:129–137, 1985

Garfield D, Rogoff M, Steinberg S. „Affect-recognition and self-esteem in schizophrenia", *Psychopathology* 20:225–233, 1987

Glass L, Katz H, Schnitzer R et al., „Psychotherapy of schizophrenia: an empirical investigation of the relationship of process to outcome", *Am J Psychiatry* 146:603–608, 1989

Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR et al., „Drug and family in the aftercare of acute schizophrenics", *Arch Gen Psychiatry* 35:1169–1177, 1978

Gomez-Schwartz B. „Individual psychotherapy of schizophrenia", în *Schizophrenia: Treatment, Management, and Rehabilitation*. Editat de Bellack AS, Orlando, FL, Grune & Stratton, 1984, pp. 307–335

Grand S. „The body and its boundaries: a psychoanalytic view of cognitive process disturbances in schizophrenia", *International Review of Psychoanalysis* 9:327–342, 1982

Green MF, Marshall BD Jr, Wirshing WC et al., „Does risperidone improve verbal working memory in treatment-resistant schizophrenia?", *Am J Psychiatry* 154:799–804, 1997

Greenspoon L, Ewalt JR, Shader RI. *Schizophrenia: Pharmacotherapy and Psychotherapy*, Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1972

Gunderson JS. „The psychoanalytic concept of schizophrenia, I: the dilemma", *Int J Psychoanal* 58:403–425, 1977a

Gunderson JS. „The psychoanalytic concept of schizophrenia, II: reconciliationo, *Int J Psychoanal* 58:427–452, 1977b

Gunderson JG. „Engagement of schizophrenic patients in psychotherapy", în *Attachment and the Therapeutic Process: Essays in Honor of Otto Allen Will, Jr.* Editat de Sacksteder JL, Schwartz DP, Akabane Y, Madison, CT, International Universities Press, 1987, pp. 139–153

Gunderson JG, Frank AF, Katz HM et al., „Effects of psychotherapy in schizophrenia, II: comparative outcome of two forms of treatment", *Schizophr Bull* 10:564–598, 1984

Harding CM, Zubin J, Strauss JS. „Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact?", *Hosp Community Psychiatry* 38:477–486, 1987

Hatfield AB. *Family Education in Mental Illness*, New York, Guildford, 1990

Hogarty GE. „Depot neuroleptics: the relevance of psychosocial factors — a United States perspective", *J Clin Psychiatry* 45:36–42, 1984

Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al., „Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, I: one-year effects of a controlled study on relapse and

expressed emotion", *Arch Gen Psychiatry* 43:633–642, 1986
Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al., „Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment", *Arch Gen Psychiatry* 48:340–347, 1991
Hogarty GE, Kornblith SF, Greenwald D et al., „Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia", *Schizophr Bull* 21:379–393, 1995
Hogarty GE, Kornblith SF, Greenwald D et al., „Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: description of study and effects on relapse rates", *Am J Psychiatry* 154:1504–1513, 1997a
Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich RF et al., „Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: effects on adjustment of patients", *Am J Psychiatry* 154:1514–1524, 1997b
Jenkins JH, Karno M. „The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research", *Am J Psychiatry* 149:9–21, 1992
Judd LL, McAdams LA, Budnick B et al., „Sensory gating deficits in schizophrenia: new results", *Am J Psychiatry* 149:488–493, 1992
Kanas N. „Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies", *Int J Group Psychother* 36:339–351, 1986
Kanas N, Rogers M, Kreth E et al., „The effectiveness of group psychotherapy during the first three weeks of hospitalization: a controlled study", *J Nerv Ment Dis* 168:487–492, 1980
Kanter J. „Clinical case management: definition, principles, components", *Hosp Community Psychiatry* 40:361–368, 1989
Kanter J, Lamb HR, Loeper C. „Expressed emotion in families: a critical review", *Hosp Community Psychiatry* 38:374–380, 1987
Karon BP. „The fear of understanding schizophrenia", *Psychoanalytic Psychology* 9:191–211, 1992
Karon BP, VandenBos G. *Psychotherapy of Schizophrenia*, New York, Jason Aronson, 1981
Keith SJ, Matthews SM. „Schizophrenia: a review of psychosocial treatment strategies", în *Psychotherapy Research: Where Are We and Where Should We Go?* Editat de Williams JBW, Spitzer RL. New York, Guildford, 1984, pp. 70–88
Kendler KS, Eaves LJ. „Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness", *Am J Psychiatry* 143:279–289, 1986
Kety SS. „Genetic and environmental factors in the etiology of schizophrenia, în *Psychopathology: The Evolving Science of Mental Disorder*. Editat de Matthysse H, Levy DL, Kagan J et al., New York, Cambridge University Press, 1996, pp. 477–487
King S, Dixon MJ. „The influence of expressed emotion, family dynamics, and

symptom type on the social adjustment of schizophrenic young adults", *Arch Gen Psychiatry* 53:1098–1104, 1996
Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia*, New York, Guildford, 1994
Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE et al., „A separate disease within the syndrome of schizophrenia", *Arch Gen Psychiatry* 58:165–171, 2001
Klein DF. „Psychosocial treatment of schizophrenia, or psychosocial help for people with schizophrenia?", *Schizophr Bull* 6:122–130, 1980
Kuipers E, Fowler D, Garety P et al., „London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis, III: follow-up and economic evaluation at 18 months", *Br J Psychiatry* 173:61–68, 1998
Leff J, Kuipers L, Berkowitz R et al., „A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients", *Br J Psychiatry* 141:121–134, 1982
Lefley HP. „Expressed emotion: conceptual, clinical, and social policy issues", *Hosp Community Psychiatry* 43:591–598, 1992
London NJ. „An essay on psychoanalytic theory: two theories of schizophrenia, part I: review and critical assessment of the development of the two theories", *Int J Psychoanal* 54:169–178, 1973a
London NJ. „An essay on psychoanalytic theory: two theories of schizophrenia, part II: discussion and restatement of the specific theory of schizophrenia", *Int J Psychoanal* 54:179–193, 1973b
Lucas R. „The relationship between psychoanalysis and schizophrenia", *Int J Psychoanal* 84:3–15, 2003
MacMillan JF, Gold A, Crow TJ et al., „Expressed emotion and relapse", *Br J Psychiatry* 148:133–143, 1986
Mahler M. „On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses", *Psychoanal Study Child* 7:286–305, 1952
May PRA. *Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five Treatment Methods*, New York, Science House, 1968
McGlashan TH. „The Chestnut Lodge follow-up study, II: long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders", *Arch Gen Psychiatry* 41:586–601, 1984
McGlashan TH. „Recovery style from mental illness and long-term outcome", *J Nerv Ment Dis* 175:681–685, 1987
McGlashan TH, Keats CJ. *Schizophrenia: Treatment Process and Outcome*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989
Mosher LR, Keith SJ. „Research on the psychosocial treatment of schizophrenia: a summary report", *Am J Psychiatry* 136:623–631, 1979
Müller C. „Psychotherapy and schizophrenia: the end of the pioneers' period", *Schizophr Bull* 10:618–620, 1984
Munich RL, Carsky M, Appelbaum A. „The role and structure of long-term hospitalization: chronic schizophrenia", *Psychiatr Hosp* 16:161–169,

1985
Myrin-Germeys I, Van Os J, Schwartz JE. „Emotional reactivity to daily life stress in psychosis", *Arch Gen Psychiatry* 58:1137–1144, 2001
O'Brien C. „Group psychotherapy with schizophrenia and affective disorders", în *Comprehensive Group Psychotherapy*, ediția a 2-a. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1983, pp. 242–249
Ogden TH. „On the nature of schizophrenic conflict", *Int J Psychoanal* 61:513–533, 1980
Ogden TH. „The schizophrenic state of nonexperience", în *Technical Factors in the Treatment of the Severely Disturbed Patients*. Editat de Giovacchini Pl, Boyer LB, New York, Jason Aronson, 1982, pp. 217–260
Ollin SS, Mednick SA. „Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly", *Schizophr Bull* 22:223–240, 1996
Pao P-N. „Notes on Freud's theory of schizophrenia", *Int J Psychoanal* 54 :469–476, 1973
Parker G, Johnston P, Hayward L. „Parental «expressed emotion» as a predictor of schizophrenic relapse", *Arch Gen Psychiatry* 45:806–813, 1988
Pedersen CB, Mortensen PB. „Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk", *Arch Gen Psychiatry* 58:1039–1046, 2001
Penn DL, Mueser KT. „Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia", *Am J Psychiatry* 153:607–617, 1996
Plomin R, Defries JC, McClearn GE. *Behavioral Genetics: A Primer*, ediția a 2-a, New York, WH Freeman, 1990
Robbins M. „Psychoanalytic and biological approaches to mental illness: schizophrenia", *J Am Psychoanal Assoc* 40 :425–454, 1992
Rogers CR, Gendlin ET, Kiesler DJ et al. (ed.). *The Therapeutic Relationship and Its Impact: A Study of Psychotherapy With Schizophrenics*, Madison, University of Wisconsin Press, 1967
Rosenfarb IS, Nuechterlein KH, Goldstein MJ et al., „Neurocognitive vulnerability, interpersonal criticism, and the emergence of unusual thinking by schizophrenic patients during family transactions", *Arch Gen Psychiatry* 57:1174–1179, 2000
Rosenheck R, Tekell J, Peters J et al., „Does participation in psychosocial treatment augment the benefit of clozapine?", *Arch Gen Psychiatry* 55:618–625, 1998
Rund BR. „Fully recovered schizophrenics: a retrospective study of some premorbid and treatment factors", *Psychiatry* 53:127–139, 1990
Ruocchio OJ. „How psychotherapy can help the schizophrenic patient", *Hosp Community Psychiatry* 40:188–190, 1989
Sacks O. *Awakening*, New York, HarperPerennial, 1990
Scott JE, Dixon LB. „Psychological interventions for schizophrenia", *Schizophr Bull* 21:621–630, 1995

Searles HF. „Psychoanalytic therapy with schizophrenic patients in a private-practice context" (1976), în *Countertransference and Related Subjects: Selected Papers*, New York, International Universities Press, 1979, pp. 582–602

Selzer MA. „Preparing the chronic schizophrenic for exploratory psychotherapy: the role of hospitalization", *Psychiatry* 46:303–311, 1983

Selzer MA, Carsky M. „Treatment alliance and the chronic schizophrenic", *Am J Psychiatry* 44:506–515, 1990

Selzer MA, Sullivan TB, Carsky M et al., „Working With the Person With Schizophrenia: The Treatment Alliance", New York, New York University Press, 1989

Spohn HE, Lacoursiere RB, Thompson K et al., „Phenothiazine effects on psychological and psychophysiological dysfunction in chronic schizophrenics", *Arch Gen Psychiatry* 34:633–644, 1977

Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH et al., „Effects of psychotherapy on schizophrenic patients, I: design and implementation of a controlled study", *Schizophr Bull* 10:520–563, 1984

Strauss JS, Carpenter WT, Bartko JJ. „The diagnosis and understanding of schizophrenia, part III: speculations on the process that underlie schizophrenic symptoms and signs", *Schizophr Bull* 11:61–69, 1974

Sullivan HS. *Schizophrenia as a Human Process*, New York, WW Norton, 1962

Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C et al., „Randomised controlled trial of intensive cognitive-behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia", BMJ 317:303–307, 1998

Tienari P, Wynne LC, Moring J et al., „The Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia: implications for family research", *Br J Psychiatry* 164 (supl. 23):20–26, 1994

Tienari P, Wynne LC, Sorri A et al., „Genotype-environment interactions in schizophrenia-spectrum disorder: long-term follow-up study of Finnish adoptees", *Br J Psychiatry* 184:216–222, 2004

Wahlberg K-E, Lyman CW, Oja H et al., „Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: findings from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia", *Am J Psychiatry* 154:355–362, 1997

Wexler M. „Schizophrenia: conflict and deficiency", *Psychoanal Q* 40:83–99, 1971

Capitolul 8

Abraham K. „A short study of the development of the libido, viewed in light of mental disorders" (1924), în *Selected Papers on Psychoanalysis*, Londra, Hogarth, 1927, pp. 418–501

Agid O, Shapiro B, Zislan J et al., „Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder, and schizophrenia", *Mol Psychiatry* 4:163–172, 1999

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 3-a, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a, text revizuit, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2001

Arieti S. „Psychotherapy of severe depression", *Am J Psychiatry* 134:861–868, 1997

Asch SS. „Suicide and the hidden executioner", *International Review of Psychoanalysis* 7:51–60, 1980

Barkham M, Shapiro DA, Hardy GE et al., „Psychotherapy in two plus one sessions: outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression", *J Consult Clin Psychol* 67:201–211, 1999

Bernet CZ, Stein MB. „Relationship in childhood maltreatment to the onsetting course of major depression in adulthood", *Depress Anxiety* 9:169–174, 1999

Betcher RW. „The treatment of depression in brief inpatient group psychotherapy", *Int J Group Psychother* 33:365–385, 1983

Bibring E. „The mechanism of depression", în *Affective Disorders: Psychoanalytic Contributions to their Study*. Editat de Greenacre P, New York, International Universities Press, 1953, pp. 13–48

Bifulco A, Brown GW, Moran P et al., „Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability", *Psychol Med* 28:39–50, 1998

Blatt SJ. „The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited", *J Am Psychoanal Assoc* 40:691–724, 1992

Blatt SJ. „Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression", *J Am Psycoanal Assoc* 46:723–752, 1998

Blatt SJ. *Experiences of Depression: Theoretical, Clinical and Research Perspectives*, Washington, DC, American Psychological Association, 2004

Blatt SJ, Ford R, Berman WH et al., *Therapeutic Change: An Object Relations Perspective*, New York, Plenum, 1994

Blatt SJ, Quinlan DM, Pilkonis PA et al., „Impact of perfectionism and the need

for approval in the brief treatment of depression: the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revised", *J Consult Clin Psychol* 63:125–132, 1995

Bowlby J. *Attachment and Loss*, vol. 1: *Attachment*. New York, Basic Books, 1969

Brown G. „Life events and affective disorder: replications and limitations", *Psychosom Med* 55:248–259, 1993

Brown G, Eales M. „Etiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population", *Psychol Med* 23:155–165, 1993

Bunch J, Barraclough B. „The influence of parental death and anniversaries upon suicide dates", *Br J Psychiatry* 118:621–626, 1971

Burnard Y, Andreoli A, Kolatte et al., „Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of depression", *Psychiatr Serv* 53:585–590, 2002

Busch FN, Rudden M, Shapiro T. *Psychodynamic Treatment of Depression*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004

Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al., „Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene", *Science* 301:386–389, 2003

Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G et al., „Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists", *Am J Psychiatry* 145:224–228, 1998.

Clark DC, Fawcett J. „An empirically based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder", în *Suicide and Clinical Practice*. Editat de Jacobs D, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992, pp. 55–73

Cooper PJ, Murray L, Wilson A et al., „Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression. 1: impact on maternal mood", *Br J Psychiatry* 182:412–419, 2003

Cummings P, Koepsell TD. „Does owning a firearm increase or decrease the risk of death?", *JAMA* 280:471–473, 1998

de Jonghe F, Kool S, van Aalst G et al., „Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression", *J Affect Disord* 64:217–229, 2001

Dorpat TL. „Suicide, loss, and mourning", *Suicide Life Threat Behav* 3:213–224, 1973

Duggan CF, Lee AS, Murray RM. „Do different subtypes of hospitalized depressives have different long-term outcomes?", *Arch Gen Psychiatry* 48:308–312, 1991

Ellicott A, Hammen C, Gitlin M et al., „Life events and the course of bipolar disorder", *Am J Psychiatry* 147:1194–1198, 1990

Fenichel O. „The Psychoanalytic Theory of Neurosis", New York, WW Norton, 1945

Freud S. *The Ego and the Id* (1923), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 19. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp. 1–66

Freud S. *Mourning and Melancholia* (1923), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 14. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1963, pp. 237–260

Gabbard GO. „The role of compulsiveness in the normal physician", *JAMA* 254:2926–2929, 1985

Gabbard GO. *Psychodynamic Psychotherapy in Clinical Practice*, ediția a 3-a, Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000

Gallagher-Thompson D, Steffen AM. „Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers", *J Consult Clin Psychol* 62:543–549, 1994

Gerson S, Belin TR, Kaufman A et al., „Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings", *Harv Rev Psychiatry* 7:1–28, 1999

Ghaemi SN, Stoll SL, Pope HG. „Lack of insight in bipolar disorder: the acute manic episode", *J Nerv Ment Dis* 183:464–467, 1995

Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM et al., „Family disruption in childhood and risk of adult depression", *Am J Psychiatry* 160:939–946, 2003

Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A et al., „The prediction of suicide: sensitivity, specificity, and predictive value of a multimyriad model applied to suicide among 1,906 patients with affective disorders", *Arch Gen Psychiatry* 48:418–422, 1991

Guthrie E, Moorey J, Margison F et al., „Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services", *Arch Gen Psychiatry* 56:519–526, 1999

Guthrie E, Kapur N, Macckway-Jones K et al., „Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning", *BMJ* 323:135–137, 2001

Hammen CL. „Stress and the course of unipolar and bipolar disorders", în *Does Stress Cause Psychiatric Illness?* Editat de Mazure CM, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp. 87–110

Hammen C, Marks T, Mayol A et al., „Depressive self-schemas, life stress, and vulnerability to depression", *J Abnorm Psychol* 94:308–319, 1985

Hammen C, Henry R, Daley S. „Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity", *J Consult Clin Psychol* 68:782–787, 2000

Hayes AM, Castonguay LG, Goldfried MR. „Effectiveness of targeting vulnerability factors of depression in cognitive therapy", *J Consult Clin Psychol* 64:623–627, 1996

Heim C, Newport DJ, Heit S et al., „Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood", *JAMA* 284:592–597, 2000

Hendin H. „Psychotherapy and suicide", în *Suicide in America*, New York, WW Norton, 1982, pp. 160–174

Hendin H, Haas AP, Maltsberger JT. „Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient", *Am J Psychiatry* 161:1442–1446, 2004

Henseler H. „Narcissism as a form of relationship", în *Freud's On Narcissism: An Introduction*. Editat de Sandler J, Person ES, Fonagy P, New Haven, CT, Yale University Press, 1991, pp. 195–215

Hewitt PL, Newton J, Flett GL et al., „Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients", *J Abnorm Child Psychol* 25:95–101, 1997

Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD et al., „Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change", *J Nerv Ment Dis* 191:349–357, 2003

Hirschfeld RMA, Russell JM. „Assessment and treatment of suicidal patients", *N Engl J Med* 337:910–915, 1997

Hooley JM, Teasdale JD. „Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism", *J Abnorm Psychol* 98:229–235, 1989

Hooley JM, Orley J, Teasdale JD. „Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients", *Br J Psychiatry* 148:642–647, 1986

Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ et al., „The last appointment before suicide: is suicide intent communicated?", *Am J Psychiatry* 152:919–992, 1995

Jacobson E. „Psychotic identifications", în *Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions*, Editat de Jacobson E, New York, International Universities Press, 1971a, pp. 242–263

Jacobson E. „Transference problems in depressives", în *Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions*. Editat de Jacobson E, New York, International Universities Press, 1971b, pp. 284–301

Jamison KR. *An Unquiet Mind*, New York, Vintage Books, 1995

Jones EE, Pulos SM. „Comparing the process of psychodynamic and cognitive behavioral therapies", *J Consult Clin Psychol* 61:306–316, 1993

Karel MJ, Hinrichsen G. „Treatment of depression in late life: psychotherapeutic interventions", *Clin Psychol Rev* 20:707–729, 2000

Keitner GI, Miller IW. „Family functioning and major depression: an overview", *Am J Psychiatry* 147:1128–1137, 1990

Kendler KS, Neale MC, Kessler RC et al., „Childhood parental loss and adult psychopathology in women: a twin study perspective", *Arch Gen Psychiatry* 49:109–116, 1992

Kendler KS, Kessler RC, Neale MC. „The prediction of major depression in women: toward an integrated etiological model", *Am J Psychiatry* 150:1139–1148, 1993

Kendler KS, Kessler RC, Walters EE et al., „Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women", *Am J*

Psychiatry 152:833–842, 1995

Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. „Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression", *Am J Psychiatry* 156:837–841, 1999

Kendler KS, Thornton LM, Prescott CA. „Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects", *Am J Psychiatry* 158:587–593, 2001

Kendler KS, Hettema JM, Butera F et al., „Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety", *Arch Gen Psychiatry* 60:789–796, 2003

Klein M. „Mourning and its relation to manic-depressive states" (1940), în *Love, Guilt and Reparation and Other Works* 1921–1945, New York, Free Press, 1975, pp. 344–369

Kwon P. „Attributional style and psychodynamic defense mechanisms: toward an integrative model of depression", *J Pers* 67:645–658, 1999

Kwon P, Lemmon KE. „Attributional style and defense mechanisms: a synthesis of cognitive and psychodynamic factors in depression", *J Clin Psychol* 56:723–735, 2000

Leichsenring F. „Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach", *Clin Psychol Rev* 21:401–419, 2001

Lesse S. „Psychotherapy in combination with antidepressant drugs in severely depressed outpatients: 20-year evaluation", *Am J Psychother* 32:48–73, 1978

Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD et al., „Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania and gender", *Am J Psychiatry* 155:1746–1752, 1998

Maj M. „Lithium prophylaxis of bipolar disorder in ordinary clinical conditions: patterns of long-term outcome", în *Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome*. Editat de Goldberg JF, Harrow M, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp. 21–37

Maltsberger JT, Buie DH. „Countertransference hate in the treatment of suicidal patients", *Arch Gen Psychiatry* 30:625–633, 1974

Maxmen JS. „An educative model for inpatient group therapy", *Int J Group Psychother* 28:321–338, 1978

Meissner WW. *Psychotherapy and the Paranoid Process*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Menninger KA. „Psychoanalytic aspects of suicide", *Int J Psychoanal* 14:376–390, 1933

Miklowitz DJ, Frank E. „New psychotherapies for bipolar disorder", în *Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome*. Editat de Goldberg JF, Harrow M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp. 57–84

Miklowitz DJ, George EL, Richard JA et al., „A randomized study of family focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder", *Arch Gen Psychiatry* 60:904–912, 2003

Miller M, Hemenway D. „The relationship between firearms and suicide: a review of the literature", *Aggress Violent Behav* 4:59–75, 1999

Mortensen PB, Pedersen CB, Melbye M et al., „Individual and familial risk factors for bipolar affective disorders in Denmark", *Arch Gen Psychiatry* 60:1209–1215, 2003

Nemeroff CB. „The neurobiology of depression", *Sci Am* 278:42–49, 1998a

Nemeroff CB. „Polypharmacology in psychiatry: good or bad?", *CNS Spectrum* 3:19, 1998b

Nemeroff C. „The pre-eminent role of early untoward experience on vulnerability to major psychiatric disorders: the nature-nurture controversy revisited and soon to be resolved", *Mol Psychiatry* 4:106–108, 1999

Nemeroff C. „The neurobiological consequences of child abuse". Prezentare la a 156-a întâlnire anuală a American Psychiatric Association, San Francisco, CA, 17–22 mai 2003

Olin HS. „Psychotherapy of the chronically suicidal patient", *Am J Psychother* 30:570–575, 1976

Phillips KA, Gunderson JG, Triebwasser J et al., „Reliability and validity of depressive personality disorder", *Am J Psychiatry* 155:1044–1048, 1998

Post RM, Rubinow ER, Uhde TW et al., „Dysphoric mania: clinical and biological correlates", *Arch Gen Psychiatry* 46:353–358, 1989

Reich JH, Green AI. „Effect of personality disorders on outcome of treatment", *J Nerv Ment Dis* 179:74–82, 1991

Richman J, Eyman JR. „Psychotherapy of suicide: individual, group, and family approaches", în *Understanding Suicide: The State of the Art*. Editat de Lester D, Philadelphia, PA, Charles C Thomas, 1990, pp. 139–158

Salzman C. „Integrating pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of a bipolar patient", *Am J Psychiatry* 155:686–688, 1998

Sandler J, Joffe WG. „Notes on childhood depression", *Int J Psychoanal* 46:88–96, 1965

Searles HF. „The «dedicated physician» in the field of psychotherapy and psychoanalysis" (1967), în *Countertransference and Related Subjects*, Madison, CT, International Universities Press, 1979, pp. 71–88

Shapiro DA, Barkham M, Rees A et al., „Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy", *J Consult Clin Psychol* 62:522–534, 1994

Shapiro DA, Barkham M, Rees A et al., „Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psycho-

therapy", *J Consult Clin Psychol* 63:378–387, 1995
Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E et al., „Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program", *Am J Psychiatry* 147:711–718, 1990
Smith K. „Using a battery of tests to predict suicide in a long term hospital: a clinical analysis", *Omega* 13:261–275, 1983
Smith K, Eyman J. „Ego structure and object differentiation in suicidal patients", în *Primitive Mental States of the Rorschach*. Editat de Lerner HD, Lerner PM, Madison, CT, International Universities Press, 1988, pp. 175–202
Thase ME, Greenhouse JB, Frank E et al., „Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations", *Arch Gen Psychiatry* 54:1009–1015, 1997
Twemlow SW, Gabbard GO. „The lovesick therapist", în *Sexual Exploitation in Professional Relationships*. Editat de Gabbard GO, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989, pp. 71–87
Vaillant GE, Vaillant CA. „A cross-validation of two methods of investigating defenses", în *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. Editat de Vaillant GE. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992, pp. 159–170
Vaughn CE, Leff JP. „The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic patients and neurotic patients", *Br J Psychiatry* 129:125–137, 1976
Vythilingam M, Heim C, Newport J et al., „Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression", *Am J Psychiatry* 159:2072–2080, 2002
Zee HJ. „Blindspots in recognizing serious suicidal intentions", *Bull Menninger Clin* 36:551–555, 1972

Capitolul 9

Abend SM „Psychoanalytic psychotherapy", în *Handbook of Phobia Therapy: Rapid Symptom Relief in Anxiety Disorders*. Editat de Lindemann C. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989, pp. 395–403
American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 3-a, Washington DC, American Psychiatric Association, 1980
American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 3-a, text revizuit, Washington DC, American Psychiatric Association, 1987
American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders, ediția a 4-a, Washington DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a, text revizuit, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000

Appelbaum SA. *The Anatomy of Change: A Menninger Report on Testing the Effects of Psychotherapy*, New York, Plenum, 1977

Baer L, Jenike MA. „Introduction", în *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*. Editat de Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Littleton, MA, PSG Publishing, 1986, pp. 1–9

Barber JP, Luborsky L. „A psychodynamic view of simple phobia and prescriptive matching: a commentary", *Psychotherapy* 28:469–472, 1991

Barlow DH, Beck JG. „The psychosocial treatment of anxiety disorders: current status, future directions", în *Psychotherapy Research: Where Are We and Where Should We Go?* Editat de Williams JBW, Spitzer RL, New York, Guildford, 1984, pp. 29–69

Black A. „The natural history of obsessional neurosis", în *Obsessional States*. Editat de Beech HR, Londra, Methuen, 1974, pp. 19–54

Breslau N, Davis GC, Andreski P et al., „Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults", *Arch Gen Psychiatry* 48:216–222, 1991

Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD et al., „Trauma and post traumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma", *Arch Gen Psychiatry* 55:626–632, 1998

Brom D, Kleber RJ, Defares PB. „Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders", *J Consult Clin Psychol* 57:607–612, 1998

Busch FN, Cooper AM, Klerman GL et al., „Neurophysiological, cognitive-behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: toward an integration", *Psychoanalytic Inquiry* 11:316–332, 1991

Busch FN, Shear MK, Cooper AM et al., „An empirical study of defense mechanisms in panic disorder", *J Nerv Ments Dis* 183:299–303, 1995

Buttolph ML, Holland AD. „Obsessive-compulsive disorders in pregnancy and child-birth", în *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*, ediția a 2-a. Editat de Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Chicago, IL, Year Book Medical, 1990, pp. 89–95

Calvocoressi L, Lewis B, Harris M et al., „Family accommodation in obsessive-compulsive disorder", *Am J Psychiatry* 152:441–443, 1995

Clark DA. *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*, New York, Guilford, 2004

Clomipramine Collaborative Study Group. „Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder", *Arch Gen Psychiatry* 48:730–738, 1991

Cooper AM. „Will neurobiology influence psychoanalysis?", *Am J Psychiatry* 142:1395–1402, 1985

Cornfield RB, Malen RL. „A multidimensional view of the obsessive character",

Compr Psychiatry 19:73–78, 1978

Crits-Christoph P, Crits-Christoph K, Wolf-Palacio D et al., „Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for general anxiety disorder", în *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. Editat de Barber JP, Crits-Christoph P, New York, Basic Books, 1995, pp. 43–83

Davidson JRT. „Recognition and treatment of posttraumatic stress disorder", *JAMA* 286:584–587, 2001

Davidson JRT, Foa EB (ed.). „Epilogue", în *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993, pp. 229–235

Davidson JRT, Rothbaum BO, van der Kolk BA et al., „Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder", *Arch Gen Psychiatry* 58:485–492, 2001

De Masi F. „The psychodynamic of panic attacks: a useful integration of psychoanalysis and neuroscience", *Int J Psychoanal* 85:311–336, 2004

Elkins R, Rapoport JL, Lipsky A. „Obsessive-compulsive disorder of childhood and adolescence: a neurobiological viewpoint", *J Am Acad Child Psychiatry* 19:511–524, 1980

Faravelli C, Pallanti S. „Recent life events and panic disorder", *Am J Psychiatry* 146:622–626, 1989

Foa EB, Davidson JRT, Frances A. „Expert consensus guideline series: treatment of posttraumatic stress disorder", *J Clin Psychiatry* 60:1–76, 1999

Freud S. *Inhibitions, Symptoms and Anxiety* (1926), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 20. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1959, pp. 75–175

Freud S. *On the Grounds for Detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under the Description* „anxiety neurosis" (1895), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 3. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1962, pp. 85–117

Friedman MJ. „Biological approaches to the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder", *J Trauma Stress* 4:67–91, 1991

Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. „Acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers", *Am J Psychiatry* 161:1370–1376, 2004

Gabbard GO. „Psychodynamics of panic disorder and social phobia", *Bull Menninger Clin* 56 (supl. A): A3-A13, 1992

Gabbard GO, Nemiah JC. „Multiple determinants of anxiety in a patient with borderline personality disorder", *Bull Menninger Clin* 49:161–172, 1985

Gaston L. „Dynamic therapy for post-traumatic stress disorder", în *Dyanmic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. Editat de Barber JP, Crits-Christoph P, New York, Basic Books, 1995, pp. 161–192

Goisman RM, Goldenberg I, Vasile RG et al., „Comorbidity of anxiety

disorders in a multicenter anxiety study", *Compr Psychiatry* 36:303–311, 1995

Greist JH, Jefferson JW. „Obsessive-compulsive disorder", în *Treatment of Psychiatric Disorders*, ediția a 2-a, vol. 2. Editat de Gabbard GO, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp. 1477–1498

Griffin MG, Resick PA, Mechanic MB. „Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators", *Am J Psychiatry* 154:1081–1088, 1997

Hariri AR, Mattay VS, Tessitore A et al., „Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdale", *Science* 297:400–403, 2002

Hendin H, Haas AP. „Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans", *Am J Psychiatry* 148:586–591

Hirshfeld DR, Biederman J, Brody L et al., „Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: association with maternal anxiety disorder", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:910–917, 1997

Hollander E, Schiffman E, Cohen B et al., „Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder", *Arch Gen Psychiatry* 47:27–32, 1990

Horrowitz MJ. *Stress Response Syndromes*, New York, Jason Aronson, 1976

Jenike MA. „Obsessive-compulsive disorder", *N Engl J Med* 350:259–264, 2004

Jenike MA, Baer L, Minichiellllo WE (ed.). *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*, Littleton, MA, PSG Publishing, 1986

Jenike MA, Breiter HC, Baer L et al., „Cerebral structural abnormalities in obsessive-compulsive disorder: a quantitative morphometric magnetic resonance imaging study", Arch Gen Psychiatry 53:625–632, 1996

Kagan J, Reznick JS, Snidman N. „Biological bases of childhood shyness", *Science* 240:167–171, 1998

Karno M, Golding JM, Sorenson SB. „The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U.S. communities", *Arch Gen Psychiatry* 45:1094–1099, 1988

Kendler KS, Neale MC, Kessler RC et al., „Childhood parental loss and adult psychopathology in women: a twin study perspective", *Arch Gen Psychiatry* 49:109–116, 1992a

Kendler KS, Neale MC, Kessler RC et al., „The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia", *Arch Gen Psychiatry* 49:109–116, 1992a

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al., „Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey", *Arch Gen Psychiatry* 52:1048–1060, 1995

Kilpatrick DG, Resnick HS. „Appendix III: a description of the posttraumatic stress disorder field trial", în *Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV*

and Beyond. Editat de Davidson JRT, Foa EB, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993, pp. 243–250

Krystal H (ed.). *Massive Psychic Trauma*, New York, International Universities Press, 1968

Krystal H. „Psychoanalytic views on human emotional damages", în *Post-Traumatic Stress Disorder. Psychological and Biological Sequelae*. Editat de van der Kolk BA, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, pp. 1–28

Krystal H. *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1988

LeDoux J. *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*, Londra, Weidenfeld & Nicolson, 1996

Lesch KP, Bengel D, Heils A et al., „Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region", *Science* 274:1527–1531, 1996

Lieb PT. „Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive-compulsive disorder: a case-study", *Psychoanalytic Inquiry* 21:222–241, 2001

Lieb R, Wittchen HU, Hofler M et al., „Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study", *Arch Gen Psychiatry* 57:859–866, 2000

Lieberman J. „Evidence for a biological hypothesis of obsessive-compulsive disorder", *Neuropsychobiology* 11:14–21, 1984

Lindy JD. „Psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder: the nature of the therapeutic relationship", în *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. Editat de Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, New York, Guildford, 1996, pp. 525–536

Lindy JD, Green BL, Grace MC et al., „Psychotherapy with survivors of the Beverly Hills Supper Club fire", *Am J Psychother* 37:593–610, 1983

Lindy JD, Grace MC, Green BL. „Building a conceptual bridge between civilian trauma and war trauma: preliminary psychological findings from a clinical sample of Vietnam veterans", în *Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae*. Editat de van der Kolk BA, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, pp. 43–57

Malt UF, Olafsen OM. „Psychological appraisal and emotional response to physical injury: a clinical, phenomenological study of 109 adults", *Psychiatr Med* 10:117–134, 1992

Manassis K, Bradley S, Goldberg S et al., „Attachment in mothers with anxiety disorders and their children", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:1106–1113, 1994

March JS. „What constitutes a stressor? The «criterior A» issue", în *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*. Editat de Davidson JRT, Foa EB, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993, pp. 37–54

McNally RJ, Shin LM. „Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans", *Am J Psychiatry* 152:936–938, 1995

Meares R. „A specific developmental deficit in obsessive-compulsive disorder: the example of the wolf man", *Psychoanalytic Inquiry* 21:289–319, 2001

Milrod B. „Unconscious pregnancy fantasies as an underlying dynamism in panic disorder", *J Am Psychoanal Assoc* 46:673–790, 1998

Milrod B, Shear MK. „Psychodynamic treatment of panic: three case histories", *Hosp Community Psychiatry* 42:311–312, 1991

Milrod BL, Busch FN, Cooper AM et al., *Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997

Milrod B, Busch F, Leon AC et al., „A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder", *Journal of Psychotherapy Research* 10:239–245, 2001

Milrod B, Leon AC, Shear MK. „Can interpersonal loss precipitate panic disorder?" (scrisoare), *Am J Psychiatry* 161:758–759, 2004

Nemiah JC. „A psychoanalytic view of phobias", *Am J Psychoanal* 41:115–120, 1981

Nemiah JC. „The psychodynamic view of anxiety", în *Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders*. Editat de Pasnau RO, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, pp. 115–137

Nemiah JC. „Psychoneurotic disorders", în *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Editat de Nicholi AM Jr, Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press, 1988, pp. 234–258

Neziroglu F, Anemone R, Yaryura-Tobias JA. „Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy", *Am J Psychiatry* 149:947–950, 1992

Peebles MJ. „Posttraumatic stress disorder: a historical perspective on diagnosis and treatment", *Bull Menninger Clin 53:274–286, 1989*

Perry S, Difede J, Musngi G et al., „Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury", *Am J Psychiatry* 149:931–935, 1992

Perse T. „Obsessive-compulsive disorder: a treatment review", *J Clin Psychiatry* 49:48–55, 1988

Pollard CA, Henderson JG. „Four types of social phobia in a community sample", *J Nerv Ment Dis* 176:440–445, 1988

Purcell R, Marruf P, Kyrios M et al., „Neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder: a comparison with unipolar depression, panic disorder, and normal controls", *Arch Gen Psychiatry* 55:415–423, 1998

Regier DA, Boyd JH, Burke JD et al., „One-month prevalence of mental disorders in the United States", *Arch Gen Psychiatry* 45:977–986, 1988

Reich JH. „DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder", *Am J Psychiatry* 145:1149–1152, 1988

Rosenbaum JF, Biederman J, Boldue EA et al., „Comorbidity of parental anxiety disorders as a risk for childhood-onset anxiety in inhibited children",

Am J Psychiatry 149:475–481, 1992

Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW. „Life events of the onset of panic disorder", *Am J Psychiatry* 143:1424–1427, 1986

Schneier FR, Johnson J, Hornig CD et al., „Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological sample", *Arch Gen Psychiatry* 49:282–288, 1992

Schnyder U, Morgeli H, Klaghofer R et al., „Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims", *Am J Psychiatry* 158:594–599, 2001

Shear MK. „Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachment-separation paradigm", *Am J Psychiatry* 153 (supl.):125–136, 1996

Siegal RS, Rosen IC. „Character style and anxiety tolerance: a study of intrapsychic change", în *Research in Psychotherapy*, vol. 2. Editat de Strupp H, Luborsky L, Baltimore, MD, French-Bray Printing Co, 1962, pp. 206–217

Sifneos PE. *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1972

Sfneos PE. „The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients", *Psychother Psychosom* 22:257–262, 1973

Solomon SD, Gerrity ET, Muff AM. „Efficacy of treatment of posttraumatic stress disorder: an empirical review", *JAMA* 268:633–638, 1992

Stein MB, Walker JR, Anderson G et al., „Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample", *Am J Psychiatry* 153:275–277, 1996

Stein MB, McQuaid JR, Pedrelli P et al., „Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting", *Gen Hosp Psychiatry* 22:261–269, 2000

Tillfors M, Furmark T, Marteinsdottir I et al., „Cerebral blood flow in subjects with social phobia during stressful speaking tasks: a PET study", *Am J Psychiatry* 158:1220–1226, 2001

Turner SM, Beidel DC, Nathan RS. „Biological factors in obsessive-compulsive disorder", *Psychol Bull* 97:430–450, 1985

Tyrer P, Seivewright H, Johnson T. „The core elements of neurosis: mixed anxiety-depression (cothymia) and personality disorder", *J Personal Disord* 17:129–138, 2003

Ursano RJ. „Posttraumatic stress disorder: the stressor criterion" (comentariu), *J Nerv Ment Dis* 175:273–275, 1987

Van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AF et al., „Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis", *Lancet* 360:766–771, 2002

Venturello S, Barzega G, Maina G et al., „Premorbid conditions and precipitating events in early onset panic disorder", *Compr Psychiatry* 43:28–36, 2002

West LJ, Coburn K. „Posttraumatic anxiety", în *Diagnosis and Treatment of*

Anxiety Disorders. Editat de Pasnau RO, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, pp. 79–133

White K, Cole JO. „Is there a drug treatment for obsessive-compulsive disorder?" (Forum), *Harv Ment Health Lett* 5:8, 1988

Wilborg IM, Dahl AA. „Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder?", *Arch Gen Psychiatric* 53:689–694, 1996

Wong PS. „Anxiety, signal anxiety, and unconscious anticipation: neuroscientific evidence for an unconscious signal function in humans", *J Am Psychoanal Assoc* 47:817–841, 1999

Zetin M, Kramer MA. „Obsessive-compulsive disorder", *Hosp Community Psychiatry* 43:689–699, 1992

Zetzel ER. *The Capacity for Emotional Growth*, New York, International Universities Press, 1970

Zitrin CM, Klein DF, Woerner MG. „Behavioral therapy, supportive psychotherapy, imipramine, and phobias", *Arch Gen Psychiatry* 35:307–316, 1978

Capitolul 10

Alexander PC, Anderson CL, Brand B et al., „Adult attachment and long-term effects in survivors of incest", *Child Abuse Negl* 22:45–61, 1998

Allen JG. „The spectrum of accuracy in memories of childhood trauma", *Harv Rev Psychiatry* 3:84–95, 1995

Allen JG. *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*, New York, Wiley, 2001

Allen JG, Console DA, Lewis L. „Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure?", *Compr Psychiatry* 40:160–171, 1999

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a, text revizuit, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Arlow JA. „Depersonalization and derealization", în *Psychoanalysis — A General Psychology: Essays in Honor of Heinz Hartmann*. Editat de Loewenstein RM, Newman LM, Schur M et al., New York, International Universities Press, 1996, pp. 456–478

Arlow JA. „Fantasy, memory , and reality testing", *Psychoanal Q* 38:28–51, 1969

Barclay CR. „Schematization of autobiographical memory", în *Autobiographical Memory*. Editat de Rubin DC, New York, Cambridge University Press, 1986, pp. 82–99

Bigras J, Biggs KH. „Psychoanalysis as incestuous repetition: some technical considerations", în *Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse*. Editat

de Levine HB, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1990, pp. 173–196
Blank HR. „Depression, hypomania, and depersonalization", *Psychoanal Q* 23:20–37, 1954
Bliss EL. „Multiple personalities: report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria", *Arch Gen Psychiatry* 37:1388–1397, 1980
Bremner JD, Marmar CR (ed.). *Trauma, Memory, and Dissociation*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998
Bremner JD, Randall P, Scott TM et al., „MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder", *Am J Psychiatry* 152:973–981, 1995
Brenneis CB. „Multiple personality: fantasy proneness, demand characteristics, and indirect communication", *Psychoanalytic Psychology* 13:367–387, 1996
Brenneis CB. *Recovered Memories of Trauma. Transferring the Present to the Past*, Madison, CT, International Universities Press, 1997
Brener I. *Dissociation of Trauma: Theory, Phenomenology, and Technique*, Madison, CT, International Universities Press, 2001
Brewin C. „Memory processes in posttraumatic stress disorder", *Int Rev Psychiatry* 13:159–163, 2001
Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. „Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder", *Am J Psychiatry* 152:1788–1792, 1995
Bromberg PM. „Hysteria, dissociation, and cure: Emmy von N revisited", *Psychoanalytic Dialogues* 6:55–71, 1996
Brown D, Scheflin AW, Hammond DC. *Memory, Trauma Treatment, and the Law*, New York, WW Norton, 1998
Browne A, Finkelhor D. „Impact of child sexual abuse: a review of the research", *Psychol Bull* 99:66–77, 1986
Burnham DL. „The special-problem patient: victim or agent splitting?", *Psychiatry* 29:105–122, 1966
Cardeña E, Spiegel D. „Dissociative reactions to the Bay Area earthquake", *Am J Psychiatry* 150:474–478, 1993
Carmen EH, Reiker PP, Mills T. „Victims of violence and psychiatric illness", *Am J Psychiatry* 141:378–379, 1984
Clyman RB. „The procedural organization of emotions: a contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action", *J Am Psychoanal Association* 39 (supl.):349–382, 1991
Coons PM. „The dissociative disorders: rarely considered and underdiagnosed", *Psychiatr Clin North Am* 21:637–648, 1998
Davies JM, Frawley MG. „Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse", *Psychoalytic Dialogues* 2:5–36, 1992
Dreissen M, Bedlo T, Mertens N et al., „Posttraumatic stress disorder and fMRI activation patterns in traumatic memory in patients with borderline

personality disorder", *Biol Psychiatry* 55:603–611, 2004
Edelman G. Bright Air, *Brilliant Fire. On the Matter of the Mind*, New York, Basic Books, 1992
Fairbairn WRD. „Schizoid factors in the personality" (1940), în *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Londra, Routledge & Kegan Paul, 1952, pp. 3–27
Fairbairn WRD. „Endopsychic structure considered in terms of object-relationships" (1994), în *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Londra, Routledge & Kegan Paul, 1952, pp. 82–136
Fonagy P. „An attachment theory approach to treatment of the difficult patient", *Bull Menninger Clin* 62:147–169, 1998
Fonagy P. „Attachment Theory, New York, Other Press, 2001
Fonagy P, Target M. „Perspectives on the recovered memories debate", în *Recovered Memories of Abuse: True or False?* Editat de Sandler J, Fonagy P, Londra, Karnac Books, 1997 pp. 183–216
Fonagy P, Steele M, Steele H et al., „The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment", *Infant Ment Health J* 12:201–218, 1991a
Fonagy P, Steele M, Steele H et al., „Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age", *Child Dev* 62:891–905, 1991b
Frankel FH. „Hypnotizability and dissociation", *Am J Psychiatry* 147:823–829, 1990
Freinkel A, Koopman C, Spiegel D. „Dissociative symptoms in media eyewitnesses of execution", *Am J Psychiatry* 151:1335–1339, 1994
Freud S. *Remembering, Repeating and Working-Through* (further recommendations on the technique of psycho-analysis 11) (1914), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 12. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 145–156
Gabbard GO. „The treatment of the «special patient» in a psychoanalytic hospital", *International Review of Psychoanalysis* 13:333–347, 1986
Gabbard GO. „Commentary on «Dissociative processes and transference-countertransference paradigms» by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley", *Psychoanalitic Dialogues* 2:37–47, 1992
Gabbard GO. „Challenges in the analysis of adult patients with histories of childhood sexual abuse", *Canadian Journal of Psychoanalysis* 5:1–25, 1997
Gabbard GO, Twemlow SW. *With the Eyes of the Mind. An Empirical Analysis of Out-of-Body States*, New York, Praeger, 1984
Gabbard GO, Wilkinson SM. *Management of Countertransference With Borderline Patients*, Washington DC, American Psychiatric Press, 1994
Ganaway GK. „Historical versus narrative truth: clarifying the role of exogenous trauma in the etiology of DID and its variants", *Dissociation* 2:205–220, 1989

Ganaway GK. „Hypnosis, dissociation and multiple personality disorder: a psycho-dynamic clinician's perspective". Lucrare prezentată la întâlnirea anuală a Society of Clinical and Experimental Hypnosis, Washington, DC, octombrie 1992

Ganzarain RC, Buchele BJ. *Fugitives of Incest: A Perspective From Psychoanalysis and Groups*, Madison. CT, International Universities Press, 1988

Gediman HK. „Seduction trauma: complemental intrapsychic and interpersonal perspectives on fantasy and reality", *Psychoanalytic Psychology* 8:381–401, 1991

Gelinas DJ. „Unexpected resources in treating incest families", în *Family Resources: The Hidden Partner in Family Therapy*. Editat de Karpel MA, New York, Guilford, 1986, pp. 327–358

Griffin MG, Resick PA, Mechanic MB. „Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators", *Am J Psychiatry* 154:1081–1088, 1997

Grotstein JS. „Commentary on «Dissociative processes and transference-countertransference paradigms» by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley", *Psychoanalytic Dialogues* 2:61–76, 1992

Horowitz MJ. *Stress Response Syndromes*, ediția a 2-a, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Jacobson E. „Depersonalization", *J Am Psychoanal Assoc* 7:581–610, 1959

Jang KL, Paris J, Zweig-Frank et al., „Twin study of dissociative experience", *J Nerv Ment Dis* 186:345–351, 1998

Kernberg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson, 1975

Killingmo B. „Conflict and deficit: implications for technique", *Int J Psychoanal* 70:65–79, 1989

Kisiel CL, Lyons JS. „Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents", *Am J Psychiatry* 158:1034–1039, 2001

Kluft RP. „Treatment of multiple personality disorder: a study of 33 cases", *Psychiatr Clin North Am* 7:9–29, 1984

Kluft RP. „The phenomenology and treatment of extremely complex multiple personality disorder", *Dissociation* 1:47–58, 1998

Kluft RP (ed.). *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990

Kluft RP. „Clinical presentations of multiple personality disorder", *Psychiatr Clin North Am* 14:605–629, 1991a

Kluft RP. „Multiple personality", în *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. 10. Editat de Tasman A. Goldfinger SM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991b, pp. 161–188

Kluft RP. „Hospital treatment of multiple personality disorder: an overview", *Psychiatr Clin North Am* 14:695–719, 1991c

Kluft RP. „Thoughts on the psychodynamic psychotherapy of the dissociative

disorders", *The Psychodynamic Letter* 1:1–5, 1991d

Koopman C, Classen C, Spiegel DA. „Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif, firestorm", *Am J Psychiatry* 151:888–894, 1994

Krystal JH, Bennett A, Bremner J et al., „Toward a cognitive neuroscience of dissociation and altered memory functions in post-traumatic stress disorder", în *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to PTSD*. Editat de Friedman M, Charney D, Deutch A. New York, Lippincott-Raven, 1995, pp. 239–269

LeDoux J. *The Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are*, New York, Viking Penguin, 2002

Levine HB. „Clinical issues in the analysis of adults who were sexually abused as children", în *Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse*. Editat de Levine HB, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1990, pp. 197–218

Lisman-Pieczanski N. „Countertransference in the analysis of an adult who was sexually abused as a child", în *Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse*. Editat de Levine HB, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1990, pp. 137–147

Loewenstein RJ, Ross DR. „Multiple personality and psychoanalysis: an introduction", *Psychoanalytic Inquiry* 12:3–48, 1992

MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL. „Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample", *Am J Psychiatry* 158:1878–1883, 2001

Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE et al., „Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans", *Am J Psychiatry* 151:902–907, 1994

Marmer SS. „Multiple personality disorder: a psychoanalytic perspective", *Psychiatr Clin North Am* 14:677–693, 1991

Modell AH. „Trauma, memory, and the therapeutic setting", în *Understanding Therapeutic Action: Psychodynamic Concepts of Cure* (Psychoanalytic Inquiry Series, vol. 15). Editat de Lifson LE. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1996, pp. 41–50

Morgan CA, Hazlett G, Wang S et al., „Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation", *Am J Psychiatry* 158:1239–1247, 2001

Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR et al., „Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample", *Am J Psychiatry* 155:806–811, 1998

Nash MR, Hulsey TC, Sexton MC et al., „Long-term sequelae of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation", *J Consult Clin Psychol* 61:276–283, 1993

Nash MR, Neimeyer RA, Hulsey TL et al., „Psychopathology associated with sexual abuse: the importance of complementary designs and common ground", *J Consult Clin Psychol* 66:568–571, 1998

Nelson EC, Health AC, Madden TAF et al., „Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study", *Arch Gen Psychiatry* 59:139–145, 2002

Nemiah JC. „Dissociative disorders (hysterical neuroses, dissociative type)", în *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ediția a 5-a. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1989, pp. 1028–1044

Novick KK, Novick J. Postoedipal transformations: latency, adolescence, and patho-genesis, *J Am Psychoanal Assoc* 42:143–169, 1994

Noyes R Jr, Hoenk PR, Kuperman S et al., „Depersonalization in accident victims and psychiatric patients", *J Nerv Ment Dis* 164:401–407, 1977

Ogden TH. *The Primitive Edge of Experience*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989

Putnam FW. *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*, New York, Guildford, 1989

Putnam FW. „Dissociative phenomena", în *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. 10. Editat de Tasman A, Goldfinger SM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, pp. 145–160

Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, alții. „The clinical phenomenology of multiple personality disorder: a review of 100 recent cases", *J Clin Psychiatry* 47:285–293, 1986

Rauch SL, Shin LM. „Functional neuroimaging studies in posttraumatic stress disorder", *Ann N Y Acad Sci* 821:83–98, 1997

Rosenfeld H. „Analysis of a schizophrenic state with depersonalization" (1947), în *Psychotic States: A Psycho-Analytic Approach*, New York, International Universities Press, 1966, pp. 13–33

Sarlin CN. „Depersonalization and derealization", *J Am Psychoanal Assoc* 10:784–804, 1962

Siegal DJ. „Memory, trauma, and psychotherapy: a cognitive science view", *J Psychother Pract Res* 4:93–122, 1995

Silverman JG, Raj A, Mucci LA et al., „Dating and violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy and suicidality", *JAMA* 286:572–579, 2001

Simeon D, Gross S, Guralnik O et al., „Feeling unreal: 30 cases of DSM-III-R depersonalization disorder", *Am J Psychiatry* 154:1107–1113, 1997

Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J et al., „The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disordero, *Am J Psychiatry* 158:1027–1033, 2001

Simeon D, Knutelska M, Nelson D et al., „Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases", *J Clin Psychiatry* 64:990–997, 2003

Spiegel D. „Multiple personality as a post-traumatic stress disorder", *Psychitr Clin North Am* 7:101–110, 1984

Spiegel D. „Trauma, dissociation, and hypnosis", în *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*. Editat de Kluft RP, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990, pp. 247–261

Spiegel D. „Dissociation and trauma", în *American Psychiatric Press Review of*

Psychiatry, vol. 10. Editat de Tasman A, Goldfinger SM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, pp. 261–275

Spiegel D. „Trauma, dissociation, and memory", *Ann N Y Acad Sci* 821:225–237, 1997

Spiegel D, Fink R. „Hysterical psychosis and hypnotizability", *Am J Psychiatry* 136:777–781, 1979

Spiegel D, Li D. „Dissociated cognition and disintegrated experience", în *Cognitive Science and Unconscious*. Editat de Stein DJ, Wahington, DC, American Psychiatric Press, 1997, pp. 177–187

Spiegel D, Scheflin AW. „Dissociated or fabricated? psychiatric aspects of repressed memory in criminal and civil cases", *Int J Clin Exp Hypn* 42:411–432, 1994

Squire LR. „Declarative and nondeclarative memory: multiple brain systems supporting learning and memory", *J Cogn Neurosci* 4:232–243, 1992

Stamin J. „Altered ego states allied to depersonalization", *J Am Psychoanal Assoc* 10:762–783, 1962

Steinberg M. „The spectrum of depersonalization: assessment and treatment, în American Psychiatric Press Review of Psychiatry", vol. 10. Editat de Tasman A, Goldfinger SM, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, pp. 223–247

Steinberg M, Rounsaville B, Cicchetti D. „Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview", *Am J Psychiatry* 148:1050–1054, 1991

Steingard S, Frankel FH. „Dissociation and psychotic symptoms", *Am J Psychiatry* 142:953–955, 1985

Target M. „Book review essay: the recovered memories controversy", *Int J Psychoanal* 79:1015–1028, 1998

Torch EM. „Depersonalization syndrome: an overview", *Psychiatr Q* 53:249–258, 1981

Van der Kolk BA. „The compulsion to repeat the trauma: re-enactment, revictimization, and masochism", *Psychiatr Clin North Am* 12:389–411, 1989

Van Ommeren M, de Jong JTVM, Sharma B et al., „Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal", *Arch Gen Psychiatry* 58:475, 2001

Vythilingam M, Heim C, Newport J et al., „Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression", *Am J Psychiatry* 159:2072–2080, 2002

Waller NG, Ross CA. „The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavioral genetic findings", *J Abnorm Psychol* 106:499–510, 1997

Williams LM. „Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse", *J Consult Clin Psychol* 62:1167–1176, 1994

Yehuda R. „Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder", *Ann N Y Acad Sci* 821:57–75, 1997
Young WC. „Psychodynamics and dissociation: all that switches is not split", *Dissociation* 1:33–38, 1988

Capitolul 11

Abel GG, Becker JD, Cunningham-Rathner J et al., „Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders", *Bull Am Acad Psychiatry Law* 16:153–168, 1988
Abraham G. „The psychodynamics of orgasm", *Int J Psychoanal* 83:325–338, 2002
Ahlmeyer S, Kleinsasser D, Stoner J et al., „Psychopathology of incarcerated sex offenders", *J Personal Disord* 17:306–318, 2003
American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 3-a, revizuită, Washington DC, American Psychiatric Association, 1987
American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a, text revizuit, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000
Bartlik B, Kaplan P, Kaminetsky J et al., „Medications with the potential to enhance rexual responsivity in women", *Psychiatric Annals* 29:46–52, 1999
Bergner RM. „Sexual compulsion as an attempted recovery from degradation: theory and therapy", *J Sex Marital Ther* 28:373–387, 2002
Berlin FS, Malin HM, Thomas K. „Non-pedophilic and non-transvestic paraphilias", *Treatments of Psychiatric Disorders*, ediția a 2-a. Editat de Gabbard GO, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp. 1941–1958
Briken P, Mika E, Berner W. „Treatment of paraphilia with luteinizing-hormone releasing hormone agonists", *J Sex Marital Ther* 27:45–55, 2001
Bower H. „The gender identify disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation", *Aust N Z J Psychiatry* 35:1–8, 2001
Brown GR, Wise TN, Costa PT et al., „Personality characteristics and sexual functioning of 188 cross-dressing men", *J Nerv Ment Dis* 184:265–273, 1996
Chasseguet-Smirgel J. „Perversion and the universal law", *International Review of Psychoanalysis* 10:293–301, 1983
Dunsieth NW, Nelson EB, Brusman-Lovins LA et al., „Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses", *J Clin Psychiatry* 65:293–300, 2004

Fagan P, Lehne G, Strand J et al., „Paraphilias", în *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Editat de Gabbard GO, Beck J, Holmes J, Oxford, Anglia, Oxford University Press, 2005

Fairbairn WRD. *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Londra, Routledge & Kegan Paul, 1952

Fenichel O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, New York, WW Norton, 1945

Fogel GI, Meyers WA (ed.). *Perversions and Near-Perversions in Clinical Practice: New Psychoanalytic Perspectives*, New Haven, CT, Yale University Press, 1991

Freud S. *Three Essays on the Theory of Sexuality* (1905), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol 7. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1953, pp. 123–245

Freud S. *Splitting of the Ego in the Process of Defence* (1940), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 23. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1964, pp. 271–278

Ganzarain RC, Buchele BJ. „Incest perpetrators in group therapy: a psychodynamic perspective", *Bull Meninger Clin* 54:295–310, 1990

Gelinas DJ. „Unexpected resources in treating incest families", în *Family Resources: The Hidden Partner in Family Therapy*. Editat de Karpel MA, New York, Guilford, 1986, pp. 327–358

Goldberg A. *The Problem of Perversion: The View of Self Psychology*, New Haven, CT, Yale University Press, 1995

Greenacre P. „The transitional object and the fetish: with special reference to the role of illusion", *Int J Psychoanal* 51:447–456, 1970

Greenacre P. „Fetishism", în *Sexual Deviation*, ediția a 2-a. Editat de Rosen I, Oxford, Anglia, Oxford University Press, 1979, pp. 79–108

Groth AN, Birnbaum HJ. *Men Who Rape: The Psychology of the Offender*, New York, Plenum, 1979

Hall GCN. „Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies", *J Consult Clin Psychol* 63:802–809, 1995

Kaplan HS. *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*, New York, Brunner/Mazel, 1974

Kaplan HS. *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Tehniques in Sex Therapy*, New York, Simon & Schuster, 1979

Kaplan HS. „The psychosexual dysfunctions", în *Psychiatry*, ediție revizuită, vol. 1: *The Personality Disorders and Neuroses*. Editat de Cavenar JO Jr, Cooper AM, Frances AJ et al., Philadelphia, PA, JB Lippincott, 1986, pp. 467–479

Kaplan HS. „Intimacy disorders and sexual panic states", *J Sex Marital Ther* 14:3–12, 1988

Kaplan LJ. *Female Perversions: The Temptations of Emma Bovary*, New York, Doubleday, 1991

Kentsmith DK, Eaton MT. *Treating Sexual Problems in Medical Practice*, New

York, Arco, 1978
Kernberg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson, 1975
Kilmann PR, Boland JP, Norton SP et al., „Perspectives of sex therapy outcome: a survey of AASECT providers", *J Sex Marital Ther* 12:116–138, 1986
Kohut H. *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, New York, International Universities Press, 1971
Kohut H. *The Restoration of the Self*, New York, International Universities Press, 1977
Lansky MR, Davenport AE. „Difficulties of brief conjoint treatment of sexual dysfunction", *Am J Psychiatry* 132:177–179, 1975
Laumann EO, Paik A, Rosen RC. „Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors", *JAMA* 281:537–544, 1999
Lehne G, Money J. „The first case of paraphilia treated with Depo-Provera: 40-year outcome", *J Sex Educ Ther* 25:213–220, 2000
Levine SB. „Intrapsychic and individual aspects of sexual desire", în *Sexual Desire Disorders*. Editat de Leiblum SR, Rosen R, New York, Guilford, 1988, pp. 21–44
Marshall WL, Pithers WD. „A reconsideration of treatment outcome with sex offenders", *Crim Justice Behav* 21:10–27, 1994
Massie H, Szajnberg N. „The ontogeny of a sexual fetish from birth to age 30 and memory processes: a research case report from a prospective longitudinal study", *Int J Psychoanal* 78:755–771, 1997
Masters WH, Johnson V. *Human Sexual Inadequacy*, Boston, MA, Little, Brown, 1970
McConaghy N. „Paedophilia: a review of the evidence", *Aust N Z J Psychiatry* 32:252–265, 1998
McDougall J. *Plea for a Measure of Abnormality*, New York, International Universities Press, 1980
McDougall J. „Identifications, neoneeds and neosexualities", *Int J Psychoanal* 67:19–31, 1986
McDougall J. *The Many Faces of Eros: A Psychoanalytic Exploration of Human Sexuality*, New York, WW Norton, 1995
Miller JP. „How Kohut actually worked", *Progress in Self Psychology* 1:13–30, 1985
Mitchell SA. *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1988
Modell JG, May RS, Katholi CR. „Effect of bupropion SR on orgasmic dysfunction in non-depressed subjects: a pilot study", *J Sex Marital Ther* 26:231–240, 2000
Moore TM, Strauss Jl, Herman S et al., „Erectile dysfunction in early, middle, and late adulthood: symptom patterns and psychosocial correlates",

J Sex Marital Ther 29:381–399, 2003

Nersessian E. „A cat as fetish: a contribution to the theory of fetishism", *Int J Psychoanal* 79:713–725, 1998

O'Connor JF, Stern LO. „Results of treatment in functional sexual disorders", *N Y State J Med* 72:1927–1934, 1972

Ogden TH. „The perverse subject of analysis", *J Am Psychoanal Assoc* 34:1121–1146, 1996

Parsons M. „Sexuality and perversions 100 years on: discovering what Freud discovered", *Int J Psychoanal* 81:37–51, 2000

Pate JE, Gabbard GO. „Adult baby syndrome", *Am J Psychiatry* 160:1932–1936, 2003

Person ES. „Paraphilias and gender identity disorders", în *Psychiatry*, ediție revizuită, vol. 1: *The Personality Disorders and Neuroses*. Editat de Cavenar JO Jr, Cooper AM, Frances AJ et al., Philadelphia, PA, JB Lippincott, 1986, pp. 447–465

Prentky RA, Knight RA, Lee AFS. „Risk factors associated with recidivism among extrafamilial child molesters", *J Consult Clin Psychol* 65:141–149, 1997

Rappeport JR. „Enforced treatment: is it treatment?", *Bull Am Acad Psychiatry Law* 2:148–158, 1974

Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F et al., „Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders", *Am J Psychiatry* 156:786–788, 1999

Reid WH. *The Treatment of Psychiatric Disorders: Revised for the DSM-III-R*, New York, Brunner/Mazel, 1989

Reissing ED, Binik YM, Khalife S et al., „Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment", *J Sex Marital Ther* 29:47–59, 2003

Rice ME, Quinsey VL, Harris GT. „Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution", *J Consult Clin Psychol* 59:381–386, 1991

Rosen I (ed.). *Pathology and Treatment of Sexual Deviation: A Methodological Approach*, Londra, Oxford University Press, 1964

Rosen I (ed.). Sexual Deviation, ediția a 2-a. Londra, Oxford University Press, 1979

Rosler A, Witztum E. „Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone", *N Engl J Med* 338:416–422, 1998

Sachs H. „On the genesis of perversions" (tradus de Goldberg RB), *Psychoanal Q* 55:477–488, 1986

Scharff DE. „An object relations approach to inhibited sexual desire", în Sexual Desire Disorders. Editat de Leiblum SR, Rosen R, New York, Guilford, 1988, pp. 45–74

Segraves RT, Croft H, Kavoussi R et al., „Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in

non-depressed women", *J Sex Marital Ther* 27:303–316, 2001
Simpson WS. „Psychoanalysis and sex therapy: a case report", *Bull Menninger Clin* 49:565–582, 1985
Stoller RJ. *Perversion: The Erotic Form of Hatred*, New York, Pantheon, 1975
Stoller RJ. *Observing the Erotic Imagination*, New Haven, CT, Yale University Press, 1985
Stoller RJ. *Pain and Passion: A Psychoanalyst Explores the World of S and M*, New York, Plenum, 1991
Stolorow RD, Atwood GE, Brandchaft B. „Masochism and its treatment", *Bull Menninger Clin* 52:504–509, 1988
Winton MA. „Gender, sexual dysfunctions, and the Journal of Sex and Marital Therapy", *J Sex Marital Ther* 27:333–337, 2001

Capitolul 12

Bachar E, Latzer Y, Kreitler S et al., „Empirical comparison of two psychological therapies — self psychology and cognitive orientation — in the treatment of anorexia and bulimia", *J Psychother Pract Res* 8:115–128, 1999
Balint M. *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*, New York, Brunner/Mazel, 1979
Bemporad JR, Ratey J. „Intensive psychotherapy of former anorexic individuals", *Am J Psychother* 39:454–466, 1985
Berridge KC, Robinson T. „The mind of an adictive brain: neural sensitization of wanting versus liking", *Current Directions in Psychological Science* 4:71–76, 1995
Blatt SJ, McDonald C, Sugarman A et al., „Psychodynamic theories of opiate adiction: new directions for research", *Clin Psychol Rev* 4:159–189, 1984a
Blatt SJ, Rounsaville B, Eyre SL et al., „The psychodynamics of opiate adiction", *J Nerv Ment Dis* 172:342–352, 1984b
Boris HN. „On the treatment of anorexia nervosa", *Int J Psychoanal* 65:435–442, 1984a
Boris HN. „The problem of anorexia nervosa", *Int J Psychoanal* 65:315–322, 1984b
Bromberg PM. „Treating patients with symptoms — and symptoms with patience: reflections on shame, dissociation, and eating disorders", *Psychoanalytic Dialogues* 11:891–912, 2001
Brown S. *Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery*, New York, Wiley, 1985
Bruch H. *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*, New

York, Basic Books, 1973
Bruch H. *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1978
Bruch H. „Psychotherapy in anorexia nervosa", *Int J Eat Disord* 1:3–14, 1982
Bruch H. „The changing picture of an illness: anorexia nervosa", în *Attachment and the Therapeutic Process*. Editat de Sacksteder JL, Schwartz DP, Akabane Y, Madison, CT, International Universities Press, 1987, pp. 205–222
Casillas A, Clark LA. „Dependency, impulsivity, and self-harm: traits hypothesized to underlie the association between Cluster B personality and substance use disorders", *J Personal Disorder* 16:424–436, 2002
Chessick RD. „Clinical notes toward the understanding and intensive psychotherapy of adult eating disorders", *Annual of Psychoanalysis* 22/23:301–322, 1985
Ciano R, Rocco PL, Angarano A et al., „Group-analytic and psychoeducational therapies for binge-eating disorder: an exploratory study on efficacy and persistence of effects", *Psychotherapy Research* 12:231–239, 2002
Cooper DE. „The role of group psychotherapy in the treatment of substance abusers", *Am J Psychother* 41:55–67, 1987
Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J et al., „Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism", *Am J Psychiatry* 152:358–364, 1995
Crits-Cristoph P, Siqueland L, Blaine J et al., „Psychosocial treatments for cocaine dependence: results of the National Institute on Drug Abuse Cocaine Collaborative Study", *Arch Gen Psychiatry* 56:493–501, 1999
Dare C. „Psychoanalytic psychotherapy", în *Treatments of Psychiatric Disorders*, ediția a 2-a, vol. 2. Editat de Gabbard GO, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp. 2129–2152.
Dodes LM. „Abstinence from alcohol in long-term individual psychotherapy with alcoholics", *Am J Psychother* 38:248–256, 1984
Dodes LM. „The psychology of combining dynamic psychotherapy and Alcoholics Anonymous", *Bull Menninger Clin* 52:283–293, 1988
Dodes LM. „Adiction, helplessness, and narcissistic rage", *Psychoanal Q* 59:398–419, 1990
Donovan JM. „An etiologic model of alcoholism", *Am J Psychiatry* 143:1–11, 1986
Eisler I, Dare C, Russell GF et al., „Family and individual therapy in anorexia nervosa: a 5-year follow-up", *Arch Gen Psychiatry* 54:1025–1030, 1997
Fairburn CG, Norman PA, Welch SL et al., „A prospective study of outcome and bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments", *Arch Gen Psychiatry* 52:304–312, 1995
Fairburn CG, Welch SL, Doll HA et al., „Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study", *Arch Gen Psychiatry* 54:509–517, 1997

Frances RJ, Mack AH, Borg L et al., „Psychodynamics", în *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*, ediția a 3-a. Editat de Galanter M, Kleber H, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004, pp. 337–352

Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J et al., „The economic impact of psychotherapy: a review", *Am J Psychiatry* 154:147–155, 1997

Garfinkel PE, Garner DM, *Anorexia Nervosa. A Multidimensional Perspective*, New York, Brunner/Mazel, 1982

Garfinkel PE, Moldofsky H, Garner DM. „The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup", *Arch Gen Psychiatry* 37:1036–1040, 1980

Garner DM, Garfinkel PE, Irvine MJ. „Integration and sequencing of treatment approaches for eating disorders", *Psychother Psychosom* 46:67–75, 1986

Goodsitt A. WSelf-regulatory disturbances in eating disorders", *Int J Eat Disord* 2:51–60, 1983

Goodwin DW. „Alcoholism and heredity", *Arch Gen Psychiatry* 36:57–61, 1979

Gorton GE, Akhtar S. „The relationship between adiction and personality disorder: reappraisal and reflections", *Integrative Psychiatry* 10:185–198, 1994

Grant BF, Stinson FS, Dawson BA et al., „Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions", *Arch Gen Psychiatry* 61:361–368, 2004

Grilo CM, Sanislow CA, Skodol AE et al., „Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter", *Int J Eat Disord* 33:155–164, 2003

Hall A, Crips AH. „Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: preliminary findings", în *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*. Editat de Darby PL, Garfinkel PE, Garner DM et al., New York, Alan R Liss, 1983, pp. 427–439

Hall A, Slim E, Hawker F et al., „Anorexia nervosa: long-term outcome in 50 female patients", *Br J Psychiatry* 145:407–413, 1984

Halmi KA, Agras WS, Mitchell J et al., Relapse predictors of patients bulima nervosa who achieved abstinence through cognitive behavioral therapy", *Arch Gen Psychiatry* 59:1105–1109, 2002

Harper-Giuffre H, MacKenzie KR, Sivitilli D. „Interpersonal group psychotherapy", în *Group Psychotherapy for Eating Disorders*. Editat de Harper-Giuffre H, MacKenzie KR, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992, pp. 105–145

Hsu LK. „Outcome of anorexia nervosa: a review of the literature (1954 to 1978)", *Arch Gen Psychiatry* 37:1041–1046, 1980

Hsu LK. „The treatment of anorexia nervosa", *Am J Psychiatry* 143:573–581, 1986

Hsu LK. „Outcome studies in patients with eating disorders", în *Psychiatric*

Treatment: Advances in Outcome Research. Editat de Mirin SM, Gossett JT, Grob MC, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, pp. 159–180

Hsu LK, Crisp AH, Harding B. „Outcome of anorexia nervosa", *Lancet* 1:61–65, 1979

Hughes P. „The use of the countertransference in the therapy of patients with anorexia nervosa", *European Eating Disorders Review* 5:258–269, 1997

Humphrey LL, Stern S. „Object relations and the family system in bulimia: a theoretical integration", *J Marital Fam Ther* 14:337–350, 1988

Johnson B. „Three perspectives on adiction", *J Am Psychoanal Assoc* 47:79–815, 1999

Johnson B. „Drug dreams: a neuropsychoanalytic hypothesis", *J Am Psychoanal Assoc* 49:75–96, 2001

Johnson C, Connors ME. *The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa: A Biopsychosocial Perspective*, New York, Basic Books, 1987

Johnson C, Tobin DL, Enright A. „Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in an eating-disordered population", *J Clin Psychiatry* 50:9–15, 1989

Joiner TE, Heatherton TF, Keel PK. „Ten-year stability and predictive validity of five bulimia-related indicators", *Am J Psychiatry* 154:1133–1138, 1997

Kandel DB, Kessler RC, Margulies RZ. „Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis", în *Longitudinal Research on Drug Use*. Editat de Kandel DB, New York, Hemisphere, 1978, pp. 73–78

Kaplan AS, Woodside DB. „Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa", *J Consult Clin Psychol* 55:645–653, 1987

Keel PK, Mitchell J. „Outcome in bulimia nervosa", *AM J Psychiatry* 154:313–321, 1997

Kendler KS, Heath AC, Neale MC et al., „A population-based twin study of alcoholism in women", *JAMA* 268:1877–1882, 1992

Kendler KS, Walters EE, Neale MC et al., „The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism", *Arch Gen Psychiatry* 52:374–383, 1995

Kendler KS, Prescott CA, Myers J et al., „The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women", *Arch Gen Psychiatry* 60:929–937, 2003

Khantzian EJ. „Psychopathology, psychodynamics, and alcoholism", în *Encyclopedic Handbook of Alcoholism*. Editat de Pattison EM, Kaufman E, New York, Gardner, 1982, pp. 581–597

Khantzian EJ. „Psychotherapeutic interventions with substance abusers: the

clinical context", *J Subst Abuse Treat* 2:83–88, 1985a
Khantzian EJ. „The self-medication hypothesis of adictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence", *Am J Psychiatry* 142:1259–1264, 1985b
Khantzian EJ. „A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment", *Am J Drug Alcohol Abuse* 12:213–222, 1986
Khantzian EJ. „The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications", *Harv Rev Psychiatry* 4:231–244, 1997
Khantzian EJ, Treece C. „DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic adicts: recent findings", *Arch Gen Psychiatry* 42:1067–1071, 1985
Kohut H. *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, New York, International Universities Press, 1971
Kohut H. *How Does Analysis Cure?* Editat de Goldberg A, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984
Krystal H. „Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment", *Int J Psychoanal Psychother* 9:353–378, 1982–1983
Lieb RC, Thompson TL II. „Group psychotherapy of four anorexia nervosa inpatients", *Int J Group Psychother* 34:639–642, 1984
Liedtke R, Jäger B, Lempa W et al., „Therapy outcome of two treatment models for bulimia nervosa: preliminary results of a controlled study", *Psychother Psychosom* 56:56–63, 1991
Mack JE. „Alcoholism, AA, and the governance of the self", în *Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism*. Editat de Bean MH, Zinberg NE. New York, Free Press, 1981, pp. 128–162
Maher MS. „Group therapy for anorexia nervosa", în *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Editat de Powers PS, Fernandez RC, Basel, Elveția, S Karger, 1984, pp. 265–276
McCrady BS, Langenbucher JW. „Alcohol treatment and healthcare system reform", *Arch Gen Psychiatry* 53:737–746, 1996
McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS et al., „The effects of psychosocial services in substance abuse treatment", *JAMA* 269:1953–1959, 1993
Mercer D, Woody GE. „Individual psychotherapy and counseling for adiction", în *The Oxford Textbook of Psychotherapy*. Editat de Gabbard GO, Beck J, Holmes J, Oxford, Anglia, Oxford University Press, 2005
Mintz IL. „Self-destructive behavior in anorexia nervosa and bulimia", în *Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory*. Editat de Schwartz HJ, Madison, CT, International Universities Press, 1988, pp. 127–171
Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1978
Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED et al., „A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa", *Arch Gen Psychiatry* 47:149–157, 1990

Mulder RT. „Alcoholism and personality", *Aust N Z J Psychiatry* 36:44–52, 2002
Murphy GE, Wetzel RD. „The lifetime risk of suicide in alcoholism", *Arch Gen Psychiatry* 47:383–392, 1990
Nathan PE. „The adictive personality is the behavior of the adict", *J Consult Clin Psychol* 56:183–188, 1988
Nicholson B, Treece C. „Object relations and differential treatment response to methadone maintenance", *J Nerv Ment Dis* 169:424–429, 1981
Oesterheld JR, McKenna MS, Gould NB. „Group psychotherapy of bulimia: a critical review", *Int J Group Psychother* 37:163–184, 1987
Pages KP, Russo JE, Roy-Byrne PP et al., „Determinants of suicidal ideation: the role of substance use disorders", *J Clin Psychiatry* 58:510–515, 1997
Paton S, Kessler R, Kandel D. „Depressive mood and adolescent illicit drug use: a longitudinal analysis", *J Genet Psychol* 131:267–289, 1977
Patton CJ. „Fear of abandonment and binge eating: a subliminal psychodynamic activation investigation", *J Nerv Ment Dis* 180:484–490, 1992
Polivy J. „Group psychotherapy as an adjunctive treatment for anorexia nervosa", *J Psychiatr Treat Eval* 3:279–283, 1981
Powers PS. „Psychotherapy of anorexia nervosa", în *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Editat de Powers PS, Fernandez RC, Basel, Elveția, S Karger, 1984, pp. 18–47
Prescott CA, Kendler KS. „Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins", *AM J Psychiatry* 156:34–40, 1999
Project MATCH Research Group. „Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes", *J Stud Alcohol* 58:7–29, 1997
Regier DA, Farmer ME, Rae BS et al., „Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study", *JAMA* 264:2511–2518, 1990
Reich G, Cierpka M. „Identify conflicts in bulimia nervosa: psychodynamic patterns and psychoanalytic treatment", *Psychoanalytic Inquiry* 18:383–402, 1998
Rhee SH, Hewitt JK, Young SE et al., „Genetic and environmental influences on substance initiation, use, and problem use in adolescents", *Arch Gen Psychiatry* 60:1256–1264, 2003
Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber H et al., „Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate adicts", *Arch Gen Psychiatry* 39:161–166, 1982
Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K et al., „Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers", *Arch Gen Psychiatry* 48:43–51, 1991
Rutherford MJ, Cacciola JS, Alterman AI et al., „Assessment of object relations and reality testing in methadone patients", *Am J Psychiatry*

153:1189–1194, 1996
Sandahl C, Herlitz K, Ahlin G et al., „Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: a randomized controlled clinical trial", *Psychotherapy Research* 8:361–378, 1998
Schuckit MA. „Genetics and the risk for alcoholism", *JAMA* 254:2614–2617, 1985
Selvini Palazzoli M. *Self-Starvation: From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa*. Tradus de Pomerans A, New York, Jason Aronson, 1978
Strober M, Humphrey LL. „Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia", *J Consult Clin Psychol* 55:654–659, 1987
Sugarman S, Kurash C. „The body as a transitional object in bulimia", *Int J Eat Disord* 1:57–67, 1982
Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL et al., „Outcome of anorexia nervosa: a case-control study", *Am J Psychiatry* 155:939–946, 1998
Sutker PB, Allain AN. „Issues in personality conceptualizations of adictive behaviors", *J Consult Clin Psychol* 56:172–182, 1988
Thompson-Brenner H, Glass S, Westen D. „A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa", *J Clin Psychol* 10:269–287, 2003
Treece C. „Assessment of ego functioning in studies of narcotic adiction", în *The Broad Scope of Ego Function Assessment*. Editat de Bellak L, Goldsmith LA. New York, Wiley, 1984, pp. 268–290
Treece C, Khantzian EJ. „Psychodynamic factors in the development of drug dependence", *Psychiatr Clin North Am* 9:399–412, 1986
Vaillant GE. „Dangers of psychotherapy in the treatment of alcoholism", în *Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism*. Editat de Bean MH, Zinberg NE, New York, Free Press, 1981, pp. 36–54
Vaillant GE. *The Natural History of Alcoholism*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1983
Vaillant GE. „The alcohol-dependent and drug-dependent person", în *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Editat de Nicholi AM Jr, Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press, 1988, pp. 700–713
Vitousek KM, Gray JA. „Psychotherapy of eating disorders", în *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Editat de Gabbard GO, Beck J, Holmes JA, Oxford, Anglia, Oxford University Press, 2005
Westen D, Harnden-Fischer J. „Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between Axis I and Axis II", *Am J Psychiatry* 158:547–562, 2001
Williams G. „Reflections on some dynamics of eating disorders: «no entry» defenses and foreign bodies", *Int J Psychoanal* 78:927–941, 1997
Wilson CP (ed.). *Fear of Being Fat: The Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*,

New York, Jason Aronson, 1983
Woody GE, Luborsky L, McLellan AT et al., „Psychotherapy for opiate adicts: does it help?", *Arch Gen Psychiatry* 40:639–645, 1983
Woody GE, McLellan AT, Luborsky L et al., „Severity of psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: the Veterans Administration-Penn Study", *Am J Psychiatry* 141:1172–1177, 1984
Woody GE, McLellan AT, Luborsky L et al., „Sociopathy and psychotherapy outcome", *Arch Gen Psychiatry* 42:1081–1086, 1985
Woody GE, McLellan AT, Luborsky L et al., „Psychotherapy for substance abuse", *Psychiatr Clin North Am* 9:547–562, 1986
Woody GE, McLellan AT, Luborsky L et al., „Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependents", *Am J Psychiatry* 144:590–596, 1987
Woody GE, McLellan AT, Luborsky L et al., „Psychotherapy in community methadone programs: a validation study", *Am J Psychiatry* 152:1302–1308, 1995
Woody GE, Gallop R, Luborsky L et al., „HIV risk reduction in the National Institute on Drug Abuse Cocaine Collaborative Treatment Study", *J Acquir Immune Defic Syndr* 33:82–87, 2003
Wurmser L. „Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use", *J Am Psychoanal Assoc* 22:820–843, 1974
Wurmser L. „Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers, I: dynamic sequences, compulsive drug use", *J Subst Abuse Treat* 4:157–168, 1987a
Wurmser L. „Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers, II: dynamic and therapeutic conclusions from the experiences with psychoanalysis of drug users", *J Subst Abuse Treat* 4:169–179, 1987b
Yager J. „The treatment of bulimia: an overview", în *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Editat de Powers PS, Fernandez RC, Basel, Elveția, S Karger, 1984, pp. 63–91

Capitolul 13

Abrams JC, Kaslow FW. „Learning disability and family dynamics: a mutual interaction", *J Clin Child Psychol* 5:35–40, 1976
Allen JG, Colson DB, Coyne L. „Organic brain dysfunction and behavioral dyscontrol in difficult-to-treat psychiatric hospital patients", *Integr Psychiatry* 6:120–130, 1988
American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a, text revizuit, Washington, DC, American

Psychiatric Association, 2000
Ball JD. „Psychotherapy with head-injured patients", *Med Psychother* 1:15–22, 1988
Bellak L. „Psychiatric states in adults with minimal brain dysfunction", *Psychiatr Ann* 7:575–589, 1977
Biederman J. „Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective", *J Clin Psychiatry* 59 (supl. 7):4–16, 1998
Biederman J, Faraone SV, Spence T et al., „Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention-deficit hyperactivity disorder", *Am J Psychiatry* 150:1792–1798, 1993
Bryan JH, Sherman RE, Fisher A. „Learning disabled boys' nonverbal behaviors within a dyadic interview", *Learning Disability Quarterly* 3:65–72, 1980
Bryan T. „Learning disabled children's comprehension of nonverbal communication", *J Learn Disabil* 10:501–506, 1977
Buchholz ES. „The legacy from childhood: considerations for treatment of the adult with learning disabilities", *Psychoanalytic Inquiry* 7:431–452, 1987
Butler RN. „The life review: an interpretation of reminiscence in the aged", *Journal of Psychiatry* 26:65–76, 1963
Cheston R. „Psychotherapeutic work with people with dementia: review of the literature", *Br J Med Psychol* 71:211–231, 1998
Colson DB, Allen JG. „Organic brain dysfunction in difficult-to-treat psychiatric hospital patients", *Bull Menninger Clin* 50:88–98, 1986
Doody RS, Stevens JC, Beck C et al., „Practice perimeter: management of dementia (an evidence-based review)", *Neurology* 56:1154–1166, 2001
Gabbard GO. *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004
Garner J. „Psychotherapies and older adults", *Aust N Z J Psychiatry* 37:537–548, 2003
Gilmore K. „A psychoanalytic perspective on attention deficit/hyperactivity disorder", *J Am Psychoanal Assoc* 48:1259–1293, 2000
Goldstein K. „The effect of brain damage on the personality", *Psychiatry* 15:245–260, 1952
Hartmann H. *Ego Psychology and the Problem of Adaptation* (1939). Tradus de Rapaport D, New York, International Universities Press, 1958
Hartocollis P. „The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients", *Bull Menninger Clin* 32:102–114, 1968
Hausman C. „Dynamic psychotherapy with elderly demented patients", în *Care-Giving in Dementia*. Editat de Jones GMM, Miesen BML, Londra, Tavistock/Routledge, 1992, pp. 181–198
Ikeda M, Mori E, Hirono N et al., „Amnestic people with Alzheimer's disease who remembered the Kobe earthquake", *Br J Psychiatry* 172:425–428, 1998
Kafka E. „Cognitive difficulties in psychoanalysis", *Psychoanal Q* 53:533–550, 1984

Lansky MR. „Family psychotherapy of the patient with chronic organic brain syndrome", *Psychiatr Ann* 14:121–129, 1984

Lewis L. „Individual psychotherapy with patients having combined psychological and neurological disorders", *Bull Menninger Clin* 50:75–87, 1986

Lewis L. „The role of psychological factors in disordered awareness", în *Awareness of Deficit After Brain Injury: Clinical and Theoretical Issues.* Editat de Prigatano GP, Schachter DL, New York, Oxford University Press, 1991, pp. 223–239

Lewis L, Langer KG. „Symbolization in psychotherapy with patients who are disabled", *Am J Psychother* 48:231–239, 1994

Lewis L, Rosenberg SJ. „Psychoanalytic psychotherapy with brain-injured adult psychiatric patients", *J Nerv Ment Dis* 17:69–77, 1990

Martin RL. „Update on dementia of the Alzheimer type", *Hosp Community Psychiatry* 40:593–604, 1989

Mittelman MS, Roth DL, Coon DW et al., „Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease", *Am J Psychiatry* 161:850–856, 2004

Morris J, Bleiberg J. „Neuropsychological rehabilitation and traditional psychotherapy", *International Journal of Clinical Neuropsychology* 8:133–135, 1986

Oddy M, Coughlan T, Tyreman A. „Social adjustment after closed head injury: a further follow-up seven years after injury", *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 48:564–568, 1985

Palombo J. „Perceptual deficits and self-esteem in adolescence", *Clin Soc Work J* 7:34–61, 1979

Pickar DB. „Psychosocial aspects of learning disabilities: a review of research", *Bull Menninger Clin* 50:22–32, 1986

Poland WS. „The analyst's witnessing and otherness", *J Am Psychoanal Assoc* 48:17–35, 2000

Prigatano GP. „Work, love, and play after brain injury", *Bull Menninger Clin* 53:414–431, 1989

Prigatano GP, Klonoff PS. „Psychotherapy and neuropsychological assessment after brain injury", *J Head Trauma Rehabil* 3:45–56, 1988

Rothstein AA. „Neuropsychological dysfunction and psychological conflict", *Psychoanal Q* 67:218–239, 1998

Rothstein A, Glenn J (ed.). *Learning Disabilities and Psychic Conflict: A Psychoanalytic Casebook,* Madison, CT, International Universities Press, 1999

Small GW, Rabins PV, Barry PB et al., „Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and American Geriatric Society", *JAMA* 278:1363–1371, 1997

Sperry RW, Zaidel E, Zaidel D. „Self-recognition and social awareness in the

deconnected minor hemispheres", *Neuropsychologia* 17:153–166, 1979
Stern DN. *The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology*, New York, Basic Books, 1985
Stern DN. *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, New York, WW Norton, 2004
Stern JM. „The psychotherapeutic process with brain-injured patients: a dynamic approach", *Isr J Psychiatry Relat Sci* 22:83–87, 1985
Weil AP. „Maturational variations and genetic-dynamic issues", *J Am Psychoanal Assoc* 26:461–491, 1978
Weiner MF. „Dementia as a psychodynamic process", în *The Dementias: Diagnosis and Management*. Editat de Weiner MF, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, pp. 29–46
Weiner MF, Teri L. „Psychological and Behavioral Management", în *The Dementias: Diagnosis and Management*, ed. a 3-a. Editat de Weiner MF, Lipton AM. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003, pp. 181–218
Williams DDR, Garner J. „People with dementia can remember: implications for care", *Br J Psychiatry* 172:379–380, 1998
Zabenko GS, Zabenko WN, McPherson S. „A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease", *Am J Psychiatry* 160:857–866, 2003

Capitolul 14

Akhtar S. „Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features", *Am J Psychother* 61:499–518, 1987
Akhtar S. „Paranoid personality disorder: synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features", *Am J Psychother* 44:5–25, 1990
American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a, text revizuit, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000
Appel G. „An approach to the treatment of schizoid phenomena", *Psychoanal Rev* 61:99–113, 1974
Auchincloss EL, Weiss RW. „Paranoid character and the intolerance of indifference", *J Am Psychoanal Assoc* 40:1013–1037, 1992
Azima FJC. „Group psychotherapy with personality disorders", în *Comprehensive Group Psychotherapy*, ediția a 2-a. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1983, pp. 262–268
Balint M. *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*, New York, Brunner/Mazel, 1979
Beauford JE, McNiel DE, Binder RL. „Utility of the initial therapeutic alliance

in evaluating psychiatric patients' risk of violence", *Am J Psychiatry* 154:1272–1276, 1997

Blum HP. „Object inconstancy and paranoid conspiracy", *J Am Psychoanal Assoc* 29:789–813, 1981

Byne W, Buchsbaum MS, Kemether E et al., „Magnetic resonance imaging of the thalamic mediodorsal nucleus and pulvinar in schizophrenia and schizotypal personality disorder", *Arch Gen Psychiatry* 58:133–140, 2001

Cadenhead KS, Light GA, Geyer NA et al., „Neurobiological measures of schizotypal personality disorder: defining an inhibitory endophenotype", *Am J Psychiatry* 159:869–871, 2002

Eigen M. „Abstinence and the schizoid ego", *Int J Psychoanal* 54:493–498, 1973

Epstein L. „Countertransference with borderline patients", în *Countertransference*. Editat de Epstein L, Feiner AH, New York, Jason Aronson, 1979, pp. 375–405

Epstein L. „An interpersonal-object relations perspective on working with destructive aggression", *Contemp Psychoanal* 20:651–662, 1984

Fairbairn WRD. *An Object-Relations Theory of the Personality*, New York, Basic Books, 1954

Felthous AR. „Preventing assaults on a psychiatric inpatient ward", *Hosp Community Psychiatry* 35:1223–1226, 1984

Freud S. „Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides)" (1911), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 12. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 1–82

Gabbard GO. „On «doing nothing» in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient", *Int J Psychoanal* 70:527–534,1989

Gabbard GO. „Technical approaches to transference hate in the analysis of borderline patients", *Int J Psychoanal* 72:625–637, 1991

Gabbard GO. *Love and Hate in the Analytic Setting*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996

Grotstein JS. „The psychoanalytic concept of schizophrenia, I: the dilemma", *Int J Psychoanal* 58:403–425, 1977

Gunderson JG. „DSM-III diagnoses of personality disorders", în *Current Perspectives on Personality Disorders*. Editat de Frosch JP. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1983, pp. 20–39

Guntrip H. *Schizoid Phenomena, Object-Relations, and the Self*, New York, International Universities Press, 1968

Kendler KS, Gruenberg AM, Strauss JS. „An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish adoption study of schizophrenia, II: the relationship between schizotypal personality disorder and schizophrenia", *Arch Gen Psychiatry* 38:982–984, 1981

Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM et al., „Schizotypal symptoms and signs in the Roscommon Family Study: the factors, structure and

familial relationship with psychotic and affective disorders", *Arch Gen Psychiatry* 52:296–303, 1995

Kety SS, Rosenthal D, Wender PH et al., „Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics", *Am J Psychiatry* 128:302–306, 1971

Kinzel AF. „Violent behavior in prisons", în *Dynamics of Violence*. Editat de Fawcett J, Chicago, IL, American Medical Association, 1971

Koenigsberg HW, Reynolds D, Goodman M et al., „Risperidone in the treatment of schizotypal personality disorder", *J Clin Psychiatry* 64:628–634, 2003

Lawner P. „Character rigidity and resistance to awareness of the transference", *Issues in Ego Psychology* 8:36–41, 1985

Madden DJ, Lion JR, Penna MW. „Assaults on psychiatrists by patients", *Am J Psychiatry* 133:422–425, 1976

McGlashan TH. „The borderline syndrome, II: is it a variant of schizophrenia or affective disorder?", *Arch Gen Psychiatry* 40:1319–1323, 1983

Meissner WW. „Psychotherapeutic schema based on the paranoid process", *Int J Psychoanal Psychother* 5:87–114, 1976

Meissner WW. *Psychotherapy and the Paranoid Process*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Meissner WW. „Paranoid personality disorder", în *Treatments of Psychiatric Disorders*, ediția a 2-a, vol. 2. Editat de Gabbard GO, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp. 2249–2259

Nachmani G. „Hesitation, perplexity, and annoyance at opportunity", *Contemp Psychoanal* 20:448–457, 1984

Niznikiewicz MA, Shenton ME, Voglnaier M. „Semantic dysfunction in women with schizotypal personality disorder", *Am J Psychiatry* 159:1767–1774, 2002

O'Driscoll GA, Lezenweger MF, Holzman PS. „Antisaccades and smooth pursuit eye tracking and schizotypy", *Arch Gen Psychiatry* 55:837–843, 1998

Ogden TH. *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*, New York, Jason Aronson, 1982

Ogden TH. *The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Oldham JM, Skodol AE. „Do patients with paranoid personality disorder seek psychoanalysis?", în *Paranoia: New Psychoanalytic Perspectives*. Editat de Oldham JM, Bone S. Madison, CT, International Universities Press, 1994, pp. 151–166

Reich J, Braginsky Y. „Paranoid personality traits in a panic disorder population: a pilot study", *Compr Psychiatry* 35:260–264, 1994

Roitman SEL, Corblatt BA, Bergman A et al., „Attentional functioning in schizotypal personality disorder", *Am J Psychiatry* 154:655–660, 1997

Rosenthal D, Wender PH, Kety SS et al., „The adopted-away offspring of schizophrenics", *Am J Psychiatry* 128:307–311, 1971

Searles HF. *My Work With Borderline Patients*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Shapiro D. *Neurotic Styles*, New York, Basic Books, 1965

Siever LJ, Silverman JM, Horvath TB et al., „Increased morbid risk for schizophrenia-related disorders in relatives of schizotypal personality disordered patients", *Arch Gen Psychiatry* 47:634–640, 1990

Stone MH. „Psychotherapy with schizotypal borderline patients", *J Am Acad Psychoanal* 11:87–111, 1983

Stone MH. „Schizotypal personality: psychotherapeutic aspects", *Schizophr Bull* 11:576–589, 1985

Stone MH. „Schizoid and schizotypal personality disorders", în *Treatments of Psychiatric Disorders*, ediția a 3-a, vol. 2. Editat de Gabbard GO, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001, pp. 2 237–2 250

Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC et al., „Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital", *Am J Psychiatry* 154:88–93, 1997

Thoreau HD. „Walden" (1854), în *Walden and Other Writings of Henry David Thoreau*. Editat de Atkinson B, New York, The Modern Library, 1950, p. 290

Torgersen S, Kringlen I, Cramer V. „The prevalence of personality disorders in a community sample", *Arch Gen Psychiatry* 58:590, 2001

Westen D. „Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of Axis II", *Am J Psychiatry* 154:895–903, 1997

Williams P, Haigh R, Fowler D. „Paranoid, schizoid, and schizotypal personality disorders", în *The Oxford Textbook of Psychotherapy*. Editat de Gabbard GO, Beck J, Holmes JA, Oxford, Anglia, Oxford University Press, 2005

Winnicott DW. „The observation of infants in a set situation" (1941), în *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, New York, Basic Books, 1958, pp. 52–69

Winnicott DW. „Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites" (1963), în *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, New Yok, International Universities Press, 1965, pp. 179–192

Capitolul 15

Adler G. „The myth of the alliance with borderline patients", *Am J Psychiatry* 47:642–645, 1979

Adler G. „Issues in the treatment of the borderline patient", în Kohut's Legacy: *Contributions to Self Psychology*. Editat de Stepansky PE, Goldberg A, Hilsdale, NJ, Analytic Press, 1984, pp. 117–134

Adler G, *Borderline Psychopathology and Its Treatment*, New York, Jason Aronson, 1985

Adler G, „Discussion: milieu treatment in the psychotherapy of the borderline patient: abandonment and containment", *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy*, 2:145–157, 1987

Akiskal HS, Chen SE, Davis GC et al., „Borderline: an adjective in search of a noun", *J Clin Psychiatry* 46:41–48, 1985

Alexander PC, Anderson CL, Brand B et al., „Adult attachement and long-term effects in survivors of incest", *Child Abuse Negl* 22:45–61, 1998

Allen JG. *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*, New York, Wiley, 2001

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a, Washington DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a, text revizuit, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000

American Psychiatric Association, *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2001

Andrulonis PA. „Disruptive behavior disorders in boys and the borderline personality disorder in men", *Ann Clin Psychiatry* 3:23–26, 1991

Baker L, Silk KR, Westen D et al., „Malevolence, splitting and parental ratings by borderlines", *J Nerv Ment Dis* 180:258–264, 1992

Baron-Cohen S, Ring HA, Wheelwright S et al., „Social intelligence in the normal and autistic brain: an fMRI study", *Eur J Neurosci* 11:1891–1898, 1999

Bateman A, Fonagy P. „Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial", *Am J Psychiatry* 156:1563–1569, 1999

Bateman A, Fonagy P. „Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up", *Am J Psychiatry* 158:36–42, 2001

Bateman A, Fonagy P. „Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care", *Am J Psychiatry* 160:169–171, 2003

Bateman AW, Fonagy P. „Mentalization-based treatment of BPD", *J Personal Disorder* 18:36–51, 2004a

Bateman A, Fonagy P, *Psychoterapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*, Oxford, Anglia, Oxford University

Press, 2004b
Battle CL, Shea MT, Johnson DM et al., „Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study", *J Personal Disord* 18:193–211, 2004
Bogenschutz MP, Nurnberg GH. „Olazapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder", *J Clin Psychiatry* 65:104–109, 2004
Brown SL. „Family therapy and the borderline patient", în *The Borderline Patient: Emerging Concepts in Diagnosis, Psychodynamics and Treatment*, vol. 2. Editat de Grotstein JS, Solomon MF, Lang JA. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1987, pp. 206–209
Burnham DL. „The special-problem patient: victim or agent of splitting?", *Psychiatry* 29:105–122, 1966
Calarge C, Andreasen NC, O'Leary DS. „Visualizing how one brain understands another: a PET study of theory of mind", *Am J Psychiatry* 160:1954–1964, 2003
Caseman PJ. „On Learning From the Patient", Londra, Tavistock, 1985
Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN et al., „The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change", *J Personal Disorder* 15:487–495, 2001
Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF et al., „The Personality Disorders Institute/ Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rational, methods, and patient characteristics", *J Personal Disord* 18:52–72, 2004
Cloninger CR, Svrakic DM, Pryzbeck TR. „A psychobiological model of temperament and character", *Arch Gen Psychiatry* 50:975–990, 1993
Coccaro EF, Kavoussi RJ. „Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality disordered subjects", *Arch Gen Psychiatry* 54:1081–1088, 1997
Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM et al., „Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior", *Arch Gen Psychiatry* 46:587–599, 1989
Colson DB, Lewis L, Horwitz L. „Negative outcome in psychotherapy and psychoanalysis", în *Negative Outcome in Psychotherapy and What to Do About It*. Editat de Mays DT, Frank CM, New York, Springer, 1985, pp. 59–75
Cowdry RW, Gardner DL. „Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranylcypromine", *Arch Gen Psychiatry* 45:111–119, 1988
Day M, Semrad E. „Group therapy with neurotics and psychotics", în *Comprehensive Group Psychotherapy*. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1971, pp. 566–580
Dolan BM, Evans C, Norton K. „The Separation-Individuation Inventory:

association with borderline phenomena", *J Nerv Ment Dis* 180:529–533, 1992
Dolan B, Warren F, Norton K. „Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder", *Br J Psychiatry* 171:274–279, 1997
Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP et al., „Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation", *Biol Psychiatry* 54:1284–1293, 2003
Dorpat TL, Ripley HS. „The relationship between attempted suicide and committed suicide", *Compr Psychiatry* 8:74–79, 1967
Driessen M, Herrmann J, Stahl K. „Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization", *Arch Gen Psychiatry* 57:1115–1122, 2000
Eyman JR, Gabbbard GO. „Will therapist–patient sex prevent suicide?", *Psychiatry Ann* 21:669–674, 1991
Figueroa E, Silk KR. „Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder", *J Personal Disord* 11:71–92, 1997
Fonagy P. „An attachment theory approach to treatment of the difficult patient", *Bull Menninger Clin* 62:147–169, 1998
Fonagy P. *Attachment Theory and Psychoanalysis,* New York, Other Press, 2001
Fonagy P, Target M. „Playing with reality. III: the persistence of dual psychic reality in borderline patients", *Int J Psychoanal* 81:853–874, 2000
Fonagy P, Leigh T, Steele M et al., „The relationship of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy", *J Consult Clin Psychol* 64:22–31, 1996
Fonagy P, Steele H, Steele M et al., *Reflective Functioning Manual, Version 4.1, for Application to Adult Attachment Interviews,* Londra, England, University of London, 1997
Frank AF. „The therapeutic alliances of borderline patients", în *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives.* Editat de Clarkin JF, Marziali B, Munroe-Blum H. New York, Guilford, 1992, pp. 220–247
Frank H, Hoffman N. „Borderline empathy: an empirical investigation", *Compr Psychiatry* 27:387–395, 1986
Frank H, Paris J. „Recollections of family experience in borderline patients", *Arch Gen Psychiatry* 38:1031–1034, 1981
Frankenburg Fr, Zanarini MC. „Clozapine treatment of borderline patients: a preliminary study", *Compr Psychiatry,* 34:402–405, 1993
Frith CD, Frith U. „Interacting minds: a biological basis", *Science* 286:1692–1695, 1999
Gabbard GO. „The treatment of the «special» patient in a psychoanalytic hospital", *International Review of Psychoanalysis* 13:333–347, 1986
Gabbard GO. „On «doing nothing» in the psychoanalytic treatment of the

refractory borderline patient", *Int J Psychoanal* 70:527–534,1989a
Gabbard GO. „Patients who hate", *Psychiatry* 52:96–106, 1989b
Gabbard GO (ed.). *Sexual Exploitation in Professional Relationships*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989c
Gabbard GO. WAn overview of countertransference with borderline patients", *J Psychother Pract Res* 2:7–18, 1993
Gabbard GO. *Love and Hate in the Analytic Setting*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996
Gabbard GO. „Borderline personality disorder and rational managed care policy", *Psychoanalytic Inquiry 17* (supl.): 17–28, 1997
Gabbard GO. „Treatment-resistant borderline personality disorder", *Psychiatr Ann* 28:651–656, 1998
Gabbard GO. „Combining medication with psychotherapy in treatment of personality disorders", în *Psychotherapy of Personality Disorders* (*Review of Psychiatry Series:* Oldham JM și Riba MB, ed. serie), vol. 19. Editat de Gunderson JG, Gabbard GO, Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000, pp. 65–90
Gabbard GO. „Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients", *Int J Psychoanal* 84:249–261, 2003
Gabbard GO. „Mind, brain and personality disorders", *Am J Psychiatry* (sub tipar)
Gabbard GO, Wilkinson SM. „Management of Countertransference With Borderline Patients", Washington, DC, American Psychiatry Press, 1994
Gabbard GO, Horwitz L, Frieswyk S et al., „The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients", *J Am Psychoanal Assoc* 36:697–727, 1988
Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG et al., „Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon", *Harv Rev Psychiatry* 2:59–69, 1994
Gabbard GO, Coyne L, Allen JG et al., „Evaluation of intensive inpatient treatment of patients with severe personality disorders", *Psychiatr Serv* 51:893–898, 2000
Gallagher HL, Happe F, Brunswick N, et al., „Reading the mind in cartoons and stories: an fMRI study of «theory of mind» in verbal and nonverbal tasks", *Neuropsychologia* 38:11–21, 2000
Ganzarain RC. „Psychotic-like anxieties and primitive defenses in group analytic psychotherapy", *Issues in Ego Psychology* 3:42–48, 1980
Gardner DL, Cowdry RW. „Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder", *Am J Psychiatry* 142:98–100, 1985
Goel V, Grafman J, Sadato N et al., „Modeling other minds", *Neuroreport* 6:1741–1746, 1995
Goldberg RL, Mann LS, Wise TN et al., „Parental qualities as perceived by borderline personality disorders", *Hillside J Clin Psychiatry* 7:134–140, 1985

Gorney JE. „The negative therapeutic interaction", *Contemp Psychoanal* 15:288–337, 1979
Grinker RR Jr, Werble B, Drye RC. *The Borderline Syndrome. A Behavioral Study of Ego-Functions*, New York, Basic Books, 1968
Gunderson JG. „Studies of borderline patients in psychotherapy", în *Handbook of Borderline Disordrs*. Editat de Silver D, Rosenbluth M, Madison, CT, International Universities Press, 1992, pp. 291–305
Gunderson JG. „The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability", *Am J Psychiatry* 153:752–758, 1996
Gunderson JG. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001
Gunderson JG, Chu JA. „Treatment implications of past trauma in borderline personality disorder", *Harv Rev Psychiatry* 1:75–81, 1993
Gunderson JG, Englund DW. „Characterizing the families of borderlines: a review of the literature", *Psychiatr Clin North Am* 4:159–168, 1981
Gunderson JG, Lyoo K. „Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder", *Harv Rev Psychiatry* 4:272–278, 1997
Gunderson JG, Sabo AN. „The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD", *Am J Psychiatry* 150:19–27, 1993
Gunderson JG, Zanarini MC. „Current overview of the borderline diagnosis", *J Clin Psychiatry* 48 (supl. 8):5–14, 1987
Gunderson JG, Kerr J, Englund DW. WThe families of borderlines: a comparative study", *Arch Gen Psychiatry* 37:27–33, 1980
Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF et al., „Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy", *J Nerv Ment Dis* 177:38–42, 1989
Gutheil T. „Borderline personality disorder, boundary violations, and patient–therapist sex: medicolegal pitfalls", *Am J Psychiatry* 146:597–602, 1989
Heard H. „Behavior therapies for borderline patients". Lucrare prezentată la a 147-a întâlnire anuală a American Psychiatric Association, Philadelphia, PA, 1994
Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. „Childhood trauma in borderline personality disorder", *Am J Psychiatry* 146:490–495, 1989
Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B et al., „Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study", *Biol Psychiatry* 50:292–298, 2001
Hoch P, Polatin P. „Pseudoneurotic form of schizophrenia", *Psychiatr Q* 23:248–276, 1949
Hollander E. „Managing aggressive behavior in patients with obsessive-compulsive disorder and borderline personality disorder", *J Clin Psychiatry* 17:28–31, 1999
Horwitz L. *Clinical Prediction in Psychotherapy*, New York, Jason Aronson, 1974

Horwitz L. „Group psychotherapy of the borderline patient", în *Borderline Personality Disorder: The Concept, the Syndrome, the Patient.* Editat de Hartocollis PL, New York, International Universities Press, 1977, pp. 399–422

Horwitz L, Gabbard GO, Allen JG et al., *Borderline Personality Disorder: Tailoring the Psychotherapy to the Patient,* Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996

Hulse WC. „Psychotherapy with ambulatory schizophrenic patients in mixed analytic groups", *Arch Neurol Psychiatry* 79:681–687, 1958

Johnson JG, Cohen P, Brown J et al., „Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood", *Arch Gen Psychiatry* 56:600–606, 1999

Jones SA. „Family therapy with borderline and narcissistic patients", *Bull Menninger Clin* 51:285–295, 1987

Karterud S, Vaglum S, Friss S et al., „Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders: an empirical evaluation of the containment function", *J Nerv Ment Dis* 180:238–243, 1992

Karterud S, Pedersen G, Bjordal E et al., „Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network", *J Personal Disord* 17:243–262, 2003

Kernberg OF. „Structural derivatives of object relationships", *Int J Psychoanal* 47:236–253, 1966

Kernberg OF. „Borderline personality organization", *J Am Psychoanal Assoc* 15:641–685, 1967

Kernberg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism,* New York, Jason Aronson, 1975

Kernberg OF. „Technical considerations in the treatment of borderline personality organization", *J Am Psychoanal Assoc* 24:795–829, 1976

Kernberg OF, Burstein ED, Coyne L et al., „Psychotherapy and psychoanalysis: final report of The Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project", *Bull Menninger Clin* 36:3–275, 1972

Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW et al., *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients,* New York, Basic Books, 1989

Knight RP. „Borderline states", *Bull Menninger Clin* 17:1–12, 1953

Levy KN. „Bridging worlds: contributions of attachment and reflective functioning to our understanding of psychoanalytic psychotherapy", Lucrare prezentată la întâlnirea de iarnă a American Psychoanalytic Association, New York, ianuarie 2004

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A et al., „Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients", *Arch Gen Psychiatry* 48:1060–1064, 1991

Links PS, Steiner M, Offord DR et al., „Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study", *Can J Psychiatry* 33:336–340, 1988

Links PS, Mitton JE, Steiner M. „Stability of borderline personality disorder", *Can J Psychiatry* 38:255–259, 1993

Links PS, Heslegrave R, vanReekum R. „Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and Axis II comorbidity", *Can J Psychiatry* 43:265–270, 1998

Lyoo IK, Han MH, Cho DY. „A brain MRI study in subjects with borderline personality disorder", *J Affect Disord* 50:235–243, 1998

Mahler MS, Pine F, Bergman A. *The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation*, New York, Basic Books, 1975

Main TF. „The ailment", *Br J Med Psychol* 30:129–145, 1957

Maltsberger JT. „Countertransference in the treatment of the suicidal borderline patients", în *Countertransference Issues in Psychiatric Treatment* (*Review of Psychiatry Series*, vol. 18: Oldham JM și Riba MB, ed. serie). Editat de Gabbard GO, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp. 27–43

Markovitz P. „Pharmacotherapy of impulsivity, aggression, and related disorders", în *Impulsivity and Aggresion*. Editat de Hollander E, Stein DJ, Zohar J, New York, Wiley 1995, pp. 263–287

Masterson JF. *Psychotherapy of the Borderline Adult: A Developmental Approach*, New York, Brunner/Mazel, 1976

Masterson JF, Rinsley DB. „The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality", *Int J Psychoanal* 56:163–177, 1975

McGlashan TH. „Prediction of outcome in BPD", în *The Borderline : Current Empirical Research*. Editat de McGlashan TH, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1985, pp. 61–98

McGlashan TH. „The Chestnut Lodge follow-up study, III: long-term outcome of borderline personalities", *Arch Gen Psychiatry* 43:20–30, 1986

McGlashan TH. „The longitudinal profile of BPD: contributions from the Chestnut Lodge Follow-up Study", în *Handbook of the Borderline Diagnosis*. Editat de Silver D, Rosenbluth M, Madison CT, International Universities Press, 1992

Mehlum L, Friis S, Irion T et al., „Personality disorders 2–5 years after treatment: a prospective follow-up study", *Acta Psychiatr Scand* 84:72–77, 1991

Meissner WW. *Treatment of Patients in the Borderline Spectrum*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988

Meyer DJ, Simon RI. „Split treatment: clarity between psychiatrists and psychotherapists", partea a 2-a, *Psychiatr Ann* 29:327–322, 1999b

Modell AH. „«The holding environment» and the therapeutic action of psychoanalysis", *J Am Psychoanal Assoc* 24:285–307, 1976

Munroe-Blum H, Marziali E. „A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder", *J Personal Disord* 9:190–198, 1995

Najavits LM, Gunderson JG. „Better than expected: improvements in borderline

personality disorder in a 3-years prospective outcome study", *Compr Psychiatry* 36:296–302, 1995

Nemeroff CB, Owens MJ. „Pharmacologic differences among the SSRIs: focus on monoamine transporters and the HPA axis", *CNS Spectrum* 9:23–31, 2004

Ogata SN, Silk KR, Goodrich S et al., „Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder", *Am J Psychiatry* 147:1008–1013, 1990

Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD et al., „Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity", *Am J Psychiatry* 149:213–220, 1992

O'Leary KM. „Neuropsychological testing results", *Psychiatr Clin North Am* 23:41–60, 2000

O'Leary KM, Cowdry RW. „Neuropsychological testing results in borderline personality disorder", în *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder.* Editat de Silk KR, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994, pp. 127–157

Paris J. „Does childhood trauma causes personality disorders in adults?", *Can J Psychiatry* 43:148–153, 1998

Paris J, Frank H. „Perceptions of parental bonding in borderline patients", *Am J Psychiatry* 146:1498–1499, 1989

Paris J, Zweig-Frank H. „A critical review of the role of childhood sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder", *Can J Psychiatry* 37:125–128, 1992

Paris J, Brown R, Nowlis D. „Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital", *Compr Psychiatry* 28:530–535, 1987

Paris J, Nowlis D, Brown R. „Developmental factors in the outcome of borderline personality disorder", *Compr Psychiatry* 29:147–150, 1988

Patrick M, Hobson RP, Castle D et al., „Personality disorder and the mental representation of early experience", *Developmental Psychopathology* 6:375–388, 1994

Piper WE, Rosie JS, Azim HF et al., „A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders", *Hosp Community Psychiatry* 44:757–763, 1993

Plakun EM. „Prediction of outcome in borderline personality disorder", *J Personal Disord* 5:93–101, 1991

Plakun EM, Burkhardt PE, Muller JP. „Fourteen-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders", *Compr Psychiatry* 26:448–455, 1985

Rinne T, de Kloet ER, Wouters L et al., „Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse", *Biol*

Psychiatry 52:1102–1112, 2002a

Rinne T, van der Brink W, Wouters L et al., „SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder", *Am J Psychiatry* 159:2048–2054, 2002b

Rinne T, de Kloet ER, Wouters L et al., „Fluvoxamine reduces responsiveness of HPA axis in adult female BPD patients with a history of sustained childhood abuse", *Neuropsychopharmacology* 28:126–132, 2003

Rosen IR. „Relational masochism: the search for a bad enough object". Lucrare prezentată la reuniunea științifică a Topeka Psychoanalytic Society, Topeka, KS, ianuarie 1993

Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A et al., „Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder", *J Clin Psychopharmacol* 15:23–29, 1995

Sandler J. „Character traits and object relationships", *Psychoanal Q* 50:694–708, 1981

Schiffer F, Teicher MH, Papanicolaou AC. „Evoked potential evidence for right brain activity during the recall of traumatic memories", *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 7:169–175, 1995

Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga BM et al., „Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdalar volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder", *Psychiatry Res* 122:193–198, 2003a

Schmahl CG, Elzinga BM, Vermetten E et al., „Neural correlates of memories of abandonment in women with and without borderline personality disorder", *Biol Psychiatry* 54:142–151, 2003b

Schmideberg M. „The borderline patient", în *American Handbook of Psychiatry*, vol. 1. Editat de Arieti S, New York, Basic Books, 1959, pp. 398–416

Searles HF. My Work With Borderline Patients. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Siever LJ, Davis KL. „A psychobiological perspective on the personality disorders", *Am J Psychiatry* 148:1647–1658, 1991

Skodol A, Siever LJ, Livesley WJ et al., „The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course", *Biol Psychiatry* 51:951–963, 2002

Slavson SR. *A Textbook in Analytic Group Psychotherapy*, New York, International Universities Press, 1964

Soloff PH. „Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulsive-behavioral dysregulation", *Bull Menninger Clin* 62:195–214, 1998

Soloff PH, Millward JW. „Developmental histories of borderline patients", *Compr Psychiatry* 24:574–588, 1983

Spotnitz H. „The borderline schizophrenic in group psychotherapy: the importance of individualization", *Int J Group Psychother* 7:155–174, 1957

Stalker CA, Davies F. „Attachment organization, and adaptation in sexually

abused women", *Can J Psychiatry* 40:234–240, 1995
Stone MH. *The Fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric Practice*, New York, Guilford, 1990
Stone MH. „Long-term outcome in personality disorders", *Br J Psychiatry* 162:299–313, 1993
Stone MH, Stone DK, Hurt SW. „Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization", *Psychiatr Clin North Am* 10:185–206, 1987
Streeter CC, vanReekum R, Shorr RI et al., „Prior head injury in male veterans with borderline personality disorder", *J Nerv Ment Dis* 183:577–581, 1995
Swartz M, Blazer D, George L et al., „Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community", *J Personal Disord* 4:257–272, 1990
Swirsky-Sacchetti T, Gorton G, Samuel S et al., „Neuropsychological function in borderline personality disorder", *J Clin Psychol* 49:385–396, 1993
Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. „The prevalence of personality disorders in a community sample", *Arch Gen Psychiatry* 58:590–596, 2001
Torgersen S, Lygren S, Oien PA et al., „A twin study of personality disorders", *Compr Psychiatry* 41:416–425, 2000
Tuckman J, Youngman WF. „Suicide risk among persons attempting suicide", *Public Health Rep* 78:585–587, 1963
Van Elst TL, Hesslinger B, Thiel T et al., „Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study", *Biol Psychiatry* 54:163–171, 2003
Van Reekum R, Conway CA, Gansler D et al., „Neurobehavioral study of borderline personality disorder", *J Psychiatry Neurosci* 18:121–129, 1993
Vermetten E, Vythilingam M, Southwick SM et al., „Long-term treatment with paroxetine increases verbal declarative memory and hippocampal volume in posttraumatic stress disorder", *Biol Psychiatry* 54:693–702, 2003
Wagner AW, Linehan MM. „Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotional regulation?", *J Personal Disord* 13:329–344, 1999
Waldinger RJ. „Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview", *Am J Psychiatry* 144:267–274, 1987
Waldinger RJ, Frank AF. „Clinicians' experiences in combining medication and psychotherapy in the treatment of borderline patients", *Hosp Community Psychiatry* 40:712–718, 1989
Wallerstein RS. *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*, New York, Guilford, 1986
Walsh F. „The family of the borderline patient", în *The Borderline Patient*. Editat de Grinker RR, Werble B. New York, Jason Aronson, 1977, pp. 158–177
Westen D, Ludolph P, Misle B et al., „Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder", *Am J Orthopsychiatry* 60:55–66, 1990

Widiger TA, Weissman MM. „Epidemiology of borderline personality disorder", *Hosp Community Psychiatry* 42:1015–1021, 1991

Wilberg T, Urnes O, Friis S et al., „One-year follow-up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders", *Psychiatr Serv* 50:1326–1330, 1999

Zanarini MC, Frankenburg FR. „Pathways to the development of borderline personality disorder", *J Personal Disord* 11:93–104, 1997

Zanarini MC, Frankenburg FR. „Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study", *J Clin Psychiatry* 62:849–854, 2001

Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. „Axis I phenomenology of borderline personality disorder", *Compr Psychiatry* 30:149–156, 1989a

Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF et al., „Childhood experiences of borderline patients", *Compr Psychiatry* 30:18–25, 1989b

Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR et al., „Discriminating borderline personality disorder from other Axis II disorders", *Am J Psychiatry* 147:161–167, 1990

Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE et al., „Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder", *Am J Psychiatry* 154:1101–1106, 1997

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al., „The longitudinal course of borderline psychopathology: six-years prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder", *Am J Psychiatry* 160:274–283, 2003

Zanarini MC, Frankenburg FR, Parachini EA. „A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine–fluoxetine combination in women with borderline personality disorder", *J Clin Psychiatry* 65:903–907, 2004

Zetzel ER. „A developmental approach to the borderline patient", *Am J Psychiatry* 127:867–871, 1971

Zlotnick C, Rothschild L, Zimmerman M. „The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder", *J Personal Disord* 16:277–282, 2002

Zweig-Frank H, Paris J. „Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder", *Am J Psychiatry* 148:648–651, 1991

Capitolul 16

Adler G. „Psychotherapy of the narcissistic personality disorder patient: two contrasting approaches", *Am J Psychiatry* 143:430–436, 1986

Allen JG. „Mentalizing", *Bull Menninger Clin* 67:91–112, 2003
American Psychiatric Association: „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", ediția a 4-a, text revizuit, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
Azima FJC. „Group psychotherapy with personality disorders", în *Comprehensive Group Psychotherapy*, ediția a 2-a. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1983, pp. 262–268
Brandschaft B, Stolorow R. „The borderline concept: pathological character or iatrogenic myth?" În *Empathy II.* Editat de Lichtenberg J, Bornstein M, Silver D, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1984, pp. 333–357
Broucek FJ. „Shame and its relationship to early narcissistic developments", *Int J Psychoanal* 63:369–378, 1982
Cohen DW. „Transference and countertransference states in the analysis of pathological narcissism", *Psychoanal Rev* 89:631–651, 2002
Cooper AM. „Further developments in the clinical diagnosis of narcissistic personality disorder", în *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications.* Editat de Ronningstam E.F., Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp. 53–74
Cooper AM, Michels R. „Book review of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", ediția a 3-a, text revizuit (DSM-III-R de American Psychiatric Association). *Am J Psychiatry* 145:1300–1301, 1988
Curtis HC. „Clinical perspectives on self psychology", *Psychoanal Q* 54:339–378, 1985
Dickinson KA, Pincus AL. „Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism", *J Personal Disord* 17:188–207, 2003
Finell JS. WNarcissistic problems in analysts", *Int J Psychoanal* 66:433–445, 1985
Gabbard GO. „Further contributions to the understanding of stage fright: narcissistic issues", *J Am Psychoanal Assoc* 31:423–441, 1983
Gabbard GO. „Two subtypes of narcissistic personality disorder", *Bull Menninger Clin* 53:527–532, 1989
Gabbard GO. „Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients", în *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications.* Editat de Ronningstam E.F., Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp. 125–146
Gabbard GO. „On gratitude and gratification", *J Am Psychoanal Assoc* 48:697–716, 2000
Gabbard GO, Twemlow SW. „The role of mother–son incest in the pathogenesis of narcissistic personality disorder", *J Am Psychoanal Assoc* 42:159–177, 1994
Glassman M. „Kernberg and Kohut: a test of competing psychoanalytic models of narcissism", *J Am Psychoanal Assoc* 36:597–625, 1988
Groopman L, Cooper AM. „Narcissistic personality disorder", în *Treatments of*

Psychiatric Disorders, ediția a 3-a, vol. 2. Editat de Gabbard GO, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001, pp. 2309–2326

Heiserman A, Cook H. „Narcissism, affect, and gender: an empirical examination of Kernberg's and Kohut's theories of narcissism", *Psychoanalytic Psychology* 15:74–92, 1998

Hibbard S. „Narcissism, shame, masochism, and object relations: an exploratory correlational study", *Psychoanalytic Psychology* 9:489–508, 1992

Horner AJ. „A characterological contraindication for group psychotherapy", *J Am Acad Psychoanal* 3:301–305, 1975

Horwitz L. „Group psychotherapy of the borderline patient", în *Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient*. Editat de Hartocollis PL. New York, International Universities Press, 1977, pp. 399–422

Josephs L. *Balancing Empathy and Interpretation: Relational Character Analysis*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1995

Kernberg OF. „Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities", *J Am Psychoanal Assoc* 18:51–85, 1970

Kernberg OF. „Contrasting viewpoints regarding the nature and psychoanalytic treatment of narcissistic personalities: a preliminary communication", *J Am Psychoanal Assoc* 22:255–267, 1974a

Kernberg OF. „Further contributions to the treatment of narcissitic personalities", *Int J Psychoanal* 55:215–240, 1974b

Kernberg OF. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, New Haven, CT, Yale University Press, 1984

Kernberg OF. „Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: theoretical background and diagnostic classification", în *Disorders of Narcissism: Daignostic, Clinical, and Empirical Implications*. Editat de Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp. 29–51

Klonsky ED, Jane JS, Turkheimer E et al., „Gender role and personality disorders", *J Personal Disorder* 16:464–476, 2002

Kohut H. *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, New York, International Universities Press, 1971

Kohut H. *The Restoration of the Self*, New York, International Universities Press, 1977

Kohut H. *How Does Analysis Cure?* Editat de Goldberg A, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984

Lansky MR. „Masks of the narcissistically vulnerable marriage", *International Journal of Family Psychiatry* 3:439–449, 1982

Lasch C. *The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations*, New York, WW Norton, 1979

Lewis H.B. (ed.), *The Role of Shame and Symptom Formation*, Hillsdale, NJ,

Lawrence Erlbaum, 1987
Maccoby M. *The Gamesman: The New Corporate Leaders*, New York, Simon & Schuster, 1976
Mahler MS, Pine F, Bergman A. *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*, New York, Basic Books, 1975
Miller JP.„ How Kohut actually worked", *Progress in Self Psychology* 1:13–30, 1985
Mitchell SA. *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1988
Modell AH. „«The holding environment» and the therapeutic action of psychoanalysis", *J Am Psychoanal Assoc* 24:285–307, 1976
Ornstein PH. „A discussion of the paper by Otto F. Kernberg on «Further contributions to the treatment of narcissistic personalities»", *Int J Psychoanal* 55:241–247, 1974a
Ornstein PH. „On narcissism: beyond the introduction, highlights of Heinz Kohut's contributions to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders", *Annual of Psychoanalysis* 2:127:149, 1974b
Ornstein P. „Psychoanalysis of patients with primary self-disorder: a self psychological perspective", în *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Editat de Ronningstam EF, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp. 147–169
Person ES. „Manipulativeness in entrepreneurs and psychopaths", în *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes*. Editat de Reid WH, Dorr D, Walker JI et al., New York, WW Norton, 1986, pp. 256–273
Piper WE, Ogrodniczuk JS. „Group treatment for personality disorders", în *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Editat de Oldham JG, Skodol A, Bender O, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005
Rinsley DB. „The developmental etiology of borderline and narcissistic disorders", *Bull Menninger Clin* 44:127–134, 1980
Rinsley DB. „A comparison of borderline and narcissistic personality disorders", *Bull Menninger Clin* 48:1–9, 1984
Rinsley DB. „Notes on the pathogenesis and nosology of borderline and narcissistic personality disorders", *J Am Acad Psychoanal* 13:317–328, 1985
Rinsley DB. „The adolescent, the family, and the culture of narcissism: a psychosocial commentary", *Adolescent Psychiatry* 13:7–28, 1986
Rinsley DB. „Notes on the developmental pathogenesis of narcissistic personality disorder", *Psychiatr Clin North Am* 12:695–707, 1989
Ronningstam E, Gunderson J, Lyons M. „Changes in pathological narcissism", *Am J Psychiatry* 152:253–257, 1995
Rose P. „The happy and unhappy faces of narcissism", *Pers Individ Diff* 33:379–391, 2002

Rosenfeld H. „Impasse and Interpretation: Therapeutic and Anti-Therapeutic Factors in the Psychoanalytic Treatment of Psychotic, Borderline, and Neurotic Patients", Editat de Tuckett D, Londra, Tavistock, 1987

Roth BE. „Narcissistic patients in group psychotherapy: containing affects in the early group", în Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Editat de Ronningstam EF, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp. 221–237

Rothstein A. *The Narcissistic Pursuit of Perfection*, New York, International Universities Press, 1980

Stein MH. „Book review of The Restoration of the Self by Heinz Kohut", *J Am Psychoanal Assoc* 27:665–680, 1979

Stolorow RD. Toward a functional definition of narcissism. Int J Psychoanal 56:179–185, 1975

Stone MH. „Normal narcissism: an etiological and ethological perspective", în *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*, Editat de Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp. 7–28

Wilson M. „The analyst's desire and the problem of narcissistic resistances", *J Am Psychoanal Assoc* 51:72–99, 2003

Wink P. „Two faces of narcissism", *J Pers Soc Psychol* 61:590–597, 1991

Winnicott DW. *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, Londra, Hogarth Press, 1965

Wong N. „Clinical considerations in group treatment of narcissistic disorders", *Int J Group Psychother* 29:325–345, 1979

Wong N. „Combined group and individual treatment of borderline and narcissistic patients: heterogeneous versus homogeneous groups", *Int J Group Psychother* 30:389–404, 1980

Yalom ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, ediția a 3-a. New York, Basic Books, 1985

Capitolul 17

Adler G, Shapiro LN. „Psychotherapy with prisoners", *Curr Psychiatr Ther* 9:99–105, 1969

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 2-a, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1968

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 3-a, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 3-a, text revizuit, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a, text revizuit, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Brennan PA, Raine A, Schulsinger F et al., „Psychophysiological protective factors for male subjects at high risk for criminal behavior", *Am J Psychiatry* 154:853–855, 1997

Bursten B. „The manipulative personality", *Arch Gen Psychiatry* 26:318–321, 1972

Cadoret RJ. „Psychopathology in the adopted-away offspring of biological parents with antisocial behavior", *Arch Gen Psychiatry* 35:176–184, 1978

Cadoret RJ. „Epidemiology of antisocial personality", în *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes*, editat de Reid WH, Dorr D, Walker JI et al., New York, WW Norton, 1986, pp. 28–44

Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E et al., „Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders", *Arch Gen Psychiatry* 52:916–924, 1995

Cale EM, Lilienfeld SO. „Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: sex-differentiated manifestations of psychopathy?", *J Personal Disord* 16:52–72, 2002

Caspi A, McClay J, Moffitt TE et al., „Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children", *J Sci* 297:851–854, 2002

Christiansen KO. „A preliminary study of criminality among twins", în *Biosocial Bases of Criminal Behavior*, editat de Mednick SA, Christiansen KO, New York, Gardner, 1977, pp. 89–108

Cleckley HM. *The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality*, ediția a 5-a, St Louis, MO, CV Mosby, 1976

Cloninger CR, Guze SB. „Hysteria and parental psychiatric illness", *Psychol Med* 5:27–31, 1975

Cloninger CR, Sigvardsson S, von Knorring A-L et al., „An adoption study of somatoform disorders, II: identification of two discrete somatoform disorders", *Arch Gen Psychiatry* 41:863–871, 1984

Constantino JN, Morris JA, Murphy DL. „CSF 5-HIAA and family history of antisocial personality disorder in newborns", *Am J Psychiatry* 154:1771–1773, 1997

D'Silva K, Duggan C, McCarthy L. „Does treatment really make psychopaths

worse? A review of the evidence", *J Personal Disord* 18:163–177, 2004
Foley DL, Eaves LJ, Wormley B, et al., „Childhood adversity, monoamine oxidase A genotype, and risk for conduct disorder", *Arch Gen Psychiatry* 61:738–744, 2004
Frosch JP. „The treatment of antisocial and borderline personality disorders", *Hosp Community Psychiatry* 34:243–248, 1983
Gabbard GO, Coyne L. „Predictors of response of antisocial patients to hospital treatment", *Hosp Community Psychiatry* 38:1181–1185, 1987
Gedo JE. *Psychoanalysis and Its Discontents*, New York, Guildford, 1984
Halleck SL. „Sociopathy: ethical aspects of diagnosis and treatment", *Curr Psychiatr Ther* 20:167–176, 1981
Hare RD. „Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison populations", *Am J Psychiatry* 140:887–890, 1983
Hare RD. „The Hare Psychopathy Checklist — Revised", Toronto, Ontario, Multi-Health Systems, 1991
Hare RD, Hart SD, Harpur TJ. „Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder", *J Abnorm Psychol* 100:391–398, 1991
Hart SD, Hare RD. „Association between psychopathy and narcissism: theoretical views and empirical evidence", în *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*, editat de Ronningstam EF, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp. 415–436
Herpertz SC, Werth U, Lukas G et al., „Emotion in criminal offenders with psychopathy and borderline personality disorder", *Arch Gen Psychiatry* 58:737–745, 2001
Hodgins S, Kratzer L, McNeil TF. „Obstetric complications, parenting, and risk of criminal behavior", *Arch Gen Psychiatry* 58:746–752, 2001
Holden C. „Growing focus on criminal careers", *Science* 233:1377–1378, 1986
Johnson Am: „Sanctions for superego lacunae of adolescents", în *Searchlights on Delinquency: New Psychoanalytic Studies*, editat de Eissler KR, New York, International Universities Press, 1949, p 225–245
Johnson JG, Cohen PA, Brown J et al., „Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early childhood", *Arch Gen Psychiatry* 56:600–606, 1999
Karterud S, Pedersen G, Bjordal E et al., „Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network", *J Personal Disord* 17:243–262, 2003
Kernberg OF. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, CT, Yale University Press, 1984
Kernberg OF. „Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: theoretical background and diagnostic classification", în *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*, editat de Ronningstam EF, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp. 29–51
Kiger RS. „Treating the psychopathic patient in a therapeutic community",

Hosp Community Psychiatry 18:191–196, 1967

Klonsky ED, Jane JS, Turkheimer E et al., „Gender role in personality disorders", *J Personal Disord* 16:464–476, 2002

Lilienfeld SO, VanValkenburg C, Larntz K et al., „The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders", *Am J Psychiatry* 143:718–722, 1986

Lion JR. „Outpatient treatment of psychopaths", în *The Psychopathy: A Comprehensive Study of Antisocial Disorders and Behaviors*, editat de Reid WH. New York, Brunner/Mazel, 1978, pp. 286–300

Livesley WJ. *Practical Management of Personality Disorder*, New York, Guilford, 2003

Luntz BK, Widom CS. „Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up", *Am J Psychiatry* 151:670–674, 1994

Mannuzza S, Klein RG, Bessler A et al., „Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up", *Am J Psychiatry* 155:493–498, 1998

Meloy JR. *The Psychopathic Mind: Origins, Dynamics, and Treatment*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988

Meloy JR. „Antisocial personality disorder", în *Treatments of Psychiatric Disorders*, vol. 2, ediția a 2-a. Editat de Gabbard GO, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp. 2273–2290

Modlin HC. „The antisocial personality", *Bull Menninger Clin* 47:129–144, 1983

Nagin DS, Tremblay RE. „Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school", *Arch Gen Psychiatry* 58:389–394, 2001

Neugebauer R, Hoek H, Susser E. „Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder in early adulthood", *JAMA* 282:455–462, 1999

Olds D, Henderson CR, Cole R et al., „Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-years follow-up of randomized controlled trial", *JAMA* 280:1238–1244, 1998

Paris J. „Personality disorders over time: precursors, course and outcome", *J Personal Disord* 17:479–488, 2003

Person ES. „Manipulativeness in entrepreneurs and psychopaths", în *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes*, editat de Reid WH, Dorr D, Walker JI et al., New York, WW Norton, 1986, pp. 256–273

Raine A, Venables PH, Williams M. „Relationships between central and autonomic measures of arousal at age 15 years and criminality at age 24 years", *Arch Gen Psychiatry* 47:1003–1007, 1990

Raine A, Venables PH, Williams M. „High autonomic arousal and electrodermal orienting at age 15 years as protective factors against criminal behavior at age 29 years", *Am J Psychiatry* 152:1595–1600

Raine A, Brennan P, Mednick B et al., „High rates of violence, crime, academic

problems, and behavioral problems in males with both early neuromotor deficits and unstable family environments", *Arch Gen Psychiatry* 53:544–549, 1996

Raine A, Brennan P, Mednick SA. „Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: specificity to serious, early onset violence", *Am J Psychiatry* 154:1265–1271, 1997

Raine A, Lencz T, Bihrle S et al., „Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder", *Arch Gen Psychiatry* 57:119–127, 2000

Raine A, Lencz T, Taylor K et al., „Corpus callosum abnormalities in psychopathic antisocial individuals", *Arch Gen Psychiatry* 60:1134–1142, 2003

Reid WH. „The antisocial personality: a review", *Hosp Community Psychiatry* 36:831–837, 1985

Reid WH, Solomon G. „Community-based offender programs", în *Treatment of Antisocial Syndromes*, editat de Reid WH, New York, Van Nostrand Reinhold, 1981, pp. 76–94

Reid WH, Dorr D, Walker JI et al. (ed.). *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes*, New York, WW Norton, 1986

Reiss D, Hetherington EM, Plomin R et al., „Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence", *Arch Gen Psychiatry* 52:925–936, 1995

Reiss D, Neiderhiser JM, Hetherington EM et al., *The Relationship Code: Deciphering Genetic and Social Influences on Adolescent Development*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 2000

Rice ME, Harris GT, Cormier CA. „An evaluation of a maximum-security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders", *Law Hum Behav* 16:399–412, 1992

Rutherford MJ, Cacciola JS, Alterman AI. „Antisocial personality disorder and psychopathy in cocaine-dependent women", *Am J Psychiatry* 156:849–856, 1999

Strasberger LH. „The treatment of antisocial syndromes: the therapist's feelings", în *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes*, editat de Reid WH, Dorr D, Walker JI et al., New York, WW Norton, 1986, pp. 191–207

Sturup GK. *Treating the Untreatable: Chronic Criminals at Herstedvester*, Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1968

Symington N. „The response aroused by the psychopath", *International Review of Psychoanalysis* 7:291–298, 1980

Vaillant GE. „Sociopathy as a human process: a viewpoint", *Arch Gen Psychiatry* 32:178–183, 1975

Vaillant GE. „Natural history of male alcoholism, V: is alcoholism the cart or the horse to sociopathy?", *Br J Adict* 78:317–326, 1983

Verona E, Sachs-Ericsson N, Joiner TE. „Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample", *Am J Psychiatry* 161:444–451, 2004

Wilson JQ, Herrnstein RJ. *Crime and Human Nature*, New York, Simon and Schuster, 1985

Woerner PI, Guze SB. „A family and marital study of hysteria", *Br J Psychiatry* 114:161–168, 1968

Woody GE, McLellan AT, Luborsky L et al., „Sociopathy and psychotherapy outcome", *Arch Gen Psychiatry* 42:1081–1086, 1985

Yochelson S, Samenow SE. *The Criminal Personality*, vol. 1: *A Profile for Change*, New York, Jason Aronson, 1976

Yochelson S, Samenow SE. *The Criminal Personality*, vol. 2: *The Treatment Process*, New York, Jason Aronson, 1977

Zlotnick C. „Antisocial personality disorder, affect dysregulation and childhood abuse among incarcerated women", *J Personal Disord* 13:90–95, 1999

Capitolul 18

Allen DW. „Basic treatment issues", în *Hysterical Personality*. Editat de Horowitz MJ. New-York, Jason Aronson, 1977, pp. 283–328

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ediția a 4-a, text revizuit, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

Baumbacher G, Amini F. „The hysterical personality disorder: a proposed clarification of a diagnostic dilemma", *Int J Psychoanal Psychother* 8:501–532, 1980–1981

Blacker KH, Tupin JP. „Hysteria and hysterical structures: developmental and social theories", în *Hysterical Personality*. Editat de Horowitz MJ, New York, Jason Aronson, 1977, pp. 95–141

Blum HP. „The concept of erotized transference", *J Am Psychoanal Assoc* 21:61–76, 1973

Bollas C. *Hysteria*, Londra, Routledge, 2000

Cale EM, Lilienfeld SO. *Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: sex-differentiated manifestations of psychopathy?, J Personal Disord* 16:52–72, 2002

Chodoff P. „The diagnosis of hysteria: an overview", *Am J Psychiatry* 131: 1073–1078, 1974

Chodoff P, Lyons H. „Hysteria, the hysterical personality and «hysterical» conversion", *Am J Psychiatry* 114:734–740, 1958

Cleghorn RA. „Hysteria: multiple manifestations of semantic confusion", *Can*

Psychiatr Assoc J 14:539–551, 1969
Easser BR, Lesser SR. „Hysterical personality: a re-evaluation", *Psychoanal Q* 34:390–405, 1965
Frayn DH, Silberfeld M. „Erotic transferences", *Can J Psychiatry* 31:323–327, 1986
Freud S. „Remembering, repeating and working-through (further recommendations on the technique of psycho-analysis II)" (1914), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 12. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp.145–156
Gabbard GO (ed.). *Sexual Exploitation in Professional Relationships*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989
Gabbard GO. „On love and lust in erotic transference", *J Am Psychoanal Assoc* 42:385–403, 1994
Gabbard GO. „Love and Hate in the Analytic Setting", Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996
Gabbard GO. „A reconsideration of objectivity in the analyst", *Int J Psychoanal* 78:15–26, 1997
Gabbard GO. „Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients", *Int J Psychoanal* 84:249–261, 2003
Gabbard GO. *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004
Gabbard GO, Lester EP. *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003
Gabbard GO, Wilkinson SM. *Management of Countertransference With Borderline Patients*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994
Gabbard GO, Wilkinson SM. „Nominal gender and gender fluidity in the psychoanalytic situation", *Gender and Psychoanalysis* 1:463–481, 1996
Gorkin M. „Varieties of sexualized countertransference", *Psychoanal Rev* 72:421–440, 1985
Gornick LK. „Developing a new narrative: the woman therapist and the male patient", *Psychoanalytic Psychology* 3:299–325, 1986
Gutheil TH, Gabbard GO. „The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk management dimensions", *Am J Psychiatry* 150:188–196, 1993
Halleck SL. „Hysterical personality traits: psychological, social, and iatrogenic determinants", *Arch Gen Psychiatry* 16:750–757, 1967
Hamburger ME, Lilienfeld SO, Hogben M. „Psychopathy, gender, and gender roles: implications for antisocial and histrionic personality disorders", *J Psychother Pract Res* 10:41–55, 1996
Hollender M. „Hysterical personality", *Comments on Contemporary Psychiatry* 1:17–24, 1971
Horowitz MJ. „The core characteristics of hysterical personality" (Introduction), în *Hysterical Personality*. Editat de Horowitz MJ, New York, Jason

American Psychiatric Publishing, 2001, pp. 2295–2307
Kernberg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson, 1975
Kolb LC. Noyes' Modern Clinical Psychiatry, ediția a 7-a, Philadelphia, PA, WB Saunders, 1968
Klonsky ED, Jane JS, Turkheimer E et al., „Gender role and personality disorders", *J Personal Disord* 16:464–476, 2002
Kumin I. „Erotic horror: desire and resistance in the psychoanalytic situation", *Int J Psychoanal Psychother* 11:3–20, 1985–1986
Lazare A. „The hysterical character in psychoanalytic theory: evolution and confusion", *Arch Gen Psychiatry* 25:131–137, 1971
Lerner HE. „The hysterical personality: a «woman's disease».", *Compr Psychiatry* 15:157–164, 1974
Lester EP. „The female analyst and the erotized transference", *Int J Psychoanal* 66:283–293, 1985
Lubbe T. „Diagnosing a male hysteric: Don Juan-type", *Int J Psychoanal* 84:1043–1059, 2003
Luisada PV, Peele R, Pitard EA. „The hysterical personality in men", *Am J Psychiatry* 131:518–521, 1974
MacKinnon RA, Michels R. „The Psychiatric Interview in Clinical Practice", Philadelphia, PA, WB Saunders, 1971
Malmquist C. „Hysteria in childhood", *Postgrad Med* 50:112–117, 1971
Marmor J. „Orality in the hysterical personality", *J Am Psychoanal Assoc* 1: 656–671, 1953
Mitchell J. „Madmen and Medusas", Londra, Penguin, 2000
Person ES. „The erotic transference in women and in men: differences and consequences", *J Am Acad Psychoanal* 13:159–180, 1985
Pfohl B. „Histrionic personality disorder: a review of available data and recommendations for DSM-IV", *J Personal Disord* 5:150–166, 1991
Pope KS, Bouhoutsos JC. „Sexual intimacy between therapists and patients", New York, Praeger, 1986
Riesenberg-Malcom R. „«How can we know the dancer from the dance?» Hyperbole in hysteria", *Int J Psychoanal* 77:679–688, 1996
Sandler J. „Countertransference and role-responsiveness", *International Review of Psychoanalysis* 3:43–47, 1976
Shapiro D. *Neurotic Styles*, New York, Basic Books, 1965
Sugarman A. „The infantile personality: orality in the hysteric revisited", *Int J*

Psychoanal 60:501–513, 1979
Torras de Bea E. „A contribution to the papers on transference by Eva Lester and Marianne Goldberger and Dorothy Evans", *Int J Psychoanal* 68:63–67, 1987
Twemlow SW, Gabbard GO. „The lovesick therapist", în *Sexual Exploitation in Professional Relationships*. Editat de Gabbard GO, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989, pp. 71–87
Wallerstein RS. „Diagnosis revisited (and revisited): the case of hysteria and the hysterical personality", *Int J Psychoanal Psychother* 8:533–547, 1980–1981
Zetzel ER. „The so called good hysteric", *Int J Psychoanal* 49:256–260, 1968

Capitolul 19

Abraham K. „Contributions to the theory of the anal character" (1921), în *Selected Papers of Karl Abraham*, MD, Londra, Hogarth Press, 1942, pp. 370–392
Alden LE, Laposa JM, Taylor CT et al., „Avoidant personality disorder: current status and future directions", *J Personal Disord* 16:1–29, 2002
American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a 4-a, text revizuit, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN et al., „Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder", *Arch Gen Psychiatry* 47:826–830, 1990
Baker JD, Capron EW, Azorlosa J. „Family environment characteristics of persons with histrionic and dependent personality disorders", *J Personal Disord* 10:81–87, 1996
Bejerot S, Ekselius L, von Konorring L. „Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders", *Acta Psychiatr Scand* 97:398–402, 1998
Bornstein RF. *The Dependent Personality*, New York, Guilford, 1993
Bornstein RF. „Comorbidity of dependent personality disorders and other psychological disorders: an integrative review", *J Personal Disord* 9:286–303, 1995
Broucek FJ. „Shame and its relationship to early narcissistic developments", *Int J Psychoanal* 63:369–378, 1982
Cloninger CR, Svrakic DM, Pryzbeck TR. „A psychobiological model of temperament and character", *Arch Gen Psychiatry* 50:975–990, 1993
Connors ME. „The renunciation of love: dismissive attachment and its treatment", *Psychoanalytic Psychology* 14:475–493, 1997

Cooper S. „Obsessional thinking: the defence against loss", *Br J Psychother* 16:412–422, 2000

Diaferia G, Bianchi I, Bianchi ML et al., „Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder", *Compr Psychiatry* 38:38–42, 1997

Dickinson KA, Pincus AL. „Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism", *J Personal Disord* 17:188–207, 2003

Freud S. *Character and Anal Erotism* (1908), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 9. Tradus și editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1959, pp. 167–175

Gabbard GO. „Stage fright", *Int J Psychoanal* 60:383–392, 1979

Gabbard GO. „The exit line: heightened transference-countertransference manifestations at the end of the hour", *J Am Psychoanal Assoc* 30:579–598, 1982

Gabbard GO. „Further contributions to the understanding of stage fright: narcissistic issues", *J Am Psychoanal Assoc* 31:423–441, 1983

Gabbard GO. „The role of compulsiveness in the normal physician", *JAMA* 254:2926–2929, 1985

Gabbard GO, Bartlett AB. „Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of an ongoing analysis", *Psychoanalytic Inquiry* 18:657–672, 1998

Gabbard GO, Menninger RW. „The psychology of the physician", în *Medical Marriages*. Editat de Gabbard GO, Menninger RW. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1988, pp. 23–38

Gabbard GO, Newman CF. „Psychotherapy of obsessive-compulsive personality disorder", în *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Editat de Gabbard GO, Beck J, Holmes JA. Oxford, Anglia, Oxford University Press, 2005

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS et al., „Prevalence, correlates and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *J Clin Psychiatry* 65:948–958, 2004

Gunderson JG. „Personality disorders", în *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Editat de Nicholi AM Jr. Cambridge, MA, Belknap Press, 1988, pp. 337–357

Head SB, Baker JD, Williamson DA. „Family environment characteristics and dependent personality disorder", *J Personal Disord* 5:256–263, 1991

Hirschfeld RMA, Shea MT, Weise R. „Dependent personality disorder: perspectives for DSM-IV", *J Personal Disord* 5:135–149, 1991

Horowitz MJ. „Introduction to Psychodynamics: A New Synthesis", New York, Basic Books, 1988

Jones E. „Anal-erotic character traits", în *Papers on Psycho-Analysis*, ediția a 5-a. Baltimore, MD, Williams&Wilkins, 1948, pp. 413–437

Josephs L. *Character Structure and the Organization of the Self*, New York, Columbia University Press, 1992

Kagan J, Reznick JS, Snidman N. „Biological bases of childhood shyness", *Science* 240:167–171, 1988

Karterud S, Pedersen G, Bjordal E et al., „Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norvegian treatment research network", *J Personal Disord* 17:243–262, 2003

Krakowski AJ. „Stress and the practice of medicine, II: stressors, stresses, and strains", *Psychother Psychosom* 38:11–23, 1982

Loranger AW. „Dependent personality disorder: age, sex and Axis I comorbidity", *J Nerv Ment Dis* 184:17–21, 1996

McCullough PK, Maltsberger JT. „Obsessive-compulsive personality disorder", în Treatments of Psychiatric Disorders, vol. 2, ediția a 3-a. Editat de Gabbard GO, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001, pp. 2341–2352

Menninger WC. „Characterologic and symptomatic expressions related to the anal phase of psychosexual development", *Psychoanal Q* 12:161–193, 1943

Meyer B, Carver CS. „Negative childhood accounts, sensitivity, and pessimism: a study of avoidant personality disorder features in college students", *J Personal Disord* 14:233–248, 2000

Miliora MT. „Facial disfigurement: a self-psychological perspective on the «hide-and-seek» fantasy of an avoidant personality", *Bull Menninger Clin* 62:378–394, 1998

Miller S. *The Shame Experience*, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1985

Munich RL. „Transitory symptom formation in the analysis of an obsessional character", *Psychoanal Study Child* 41:515–535, 1986

Nachmias M, Gunnar M, Mangelsdorf S et al., „Behavioral inhibition and stress reactivity: the moderating role of attachment security", *Child Dev* 67:508–522, 1996

Nathanson DL. „A timetable for shame", în *The Many Faces of Shame*. Editat de Nathanson DL, New York, Guildford, 1987, pp. 1–63

Newman CF, Fingerhut R. „Psychotherapy for avoidant personality disorder", în *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Editat de Gabbard GO, Beck JS, Holmes JA, Oxford, Anglia, Oxford University Press, 2005

O'Neill FA, Kendler KS. „Longitudinal study of interpersonal dependency in female twins", *Br J Psychiatry* 172:154–158, 1998

Perry JC. „Dependent personality disorder", în *Treatments of Psychiatric Disorders*, vol. 2, ediția a 3-a. Editat de Gabbard GO, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001, pp. 2 353–2 368

Perry JC. „Dependent personality disorder", în *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Editat de Gabbard GO, Beck J, Holmes JA, Oxford, Oxford University Press, 2005

Rasmussen SA, Tsuang MT. „Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder", *Am J Psychiatry* 143:317–322, 1986

Rettew DC. „Avoidant personality disorder, generalized social phobia, and shyness: putting the personality back into personality disorders", *Harv Rev Psychiatry* 8:283–297, 2000

Rosen KV, Tallis F. „Investigation into the relationship between personality traits and OCD", *Behav Res Ther* 33:445–450, 1995

Salzman L. *The Obsessive Personality: Origins, Dynamics, and Therapy*, New York, Science House, 1968

Salzman L. *Treatment of the Obsessive Personality*, New York, Jason Aronson, 1980

Salzman L. „Psychoanalytic therapy of the obsessional patient", *Curr Psychiatr Ther* 22:53–59, 1983

Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ et al., „Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder", *Br J Psychiatry* 177:457–462, 2000

Shapiro D. *Neurotic Styles*, New York, Basic Books, 1965

Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E et al., „Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program", *Am J Psychiatry* 147:711–718, 1990

Skodol AE, Gallaher PE, Oldham JM. „Excessive dependency and depression: is the relationship specific?", *J Nerv Ment Dis* 184:165–171, 1996

Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH et al., „Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS)", *Depress Anxiety* 10:175–182, 1999

Sutherland SM, Frances A. „Avoidant personality disorder", în *Treatments of Psychiatrics Disorders*, vol. 2, ediţia a 2-a. Editat de Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp. 2 345–2 353

Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. „Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders", *Am J Psychiatry* 161:810–817, 2004

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. „The prevalence of personality disorders in a community sample", *Arch Gen Psychiatry* 58:590–596, 2001

Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. „Some psychologic vulnerabilities of physicians", *N Engl J Med* 287:372–375, 1972

Wallerstein RS. *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*, New York, Guilford, 1986

West M, Rose S, Sheldon-Keller A. „Assessment of patterns of insecure attachment in adults and application to dependent and schizoid personality disorders", *J Personal Disord* 8:249–256, 1994

Winston A, Laikin M, Pollack J et al., „Short-term psychotherapy of personality disorders", *Am J Psychiatry* 151:190–194, 1994

Wurmsen L. *The Mask of Shame*, Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1981

Indice

A

Abandon, şi tulburare de personalitate borderline 42, 165, 169, 178, 216, 218, 300, 301, 320, 321, 349, 350, 352, 353, 401, 402, 408, 413, 418, 419, 426, 432, 472, 474, 484, 552
Abraham, K. 214, 217, 321, 532
Abstinenţă 6, 86, 108, 331, 337, 392
abuz 33, 36, 68, 85, 114, 140, 165, 166, 211, 212, 215, 217, 220, 236, 248, 274, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 283, 284, 286, 288, 289, 291, 294, 301, 303, 314, 315, 316, 318, 326, 332, 334, 336, 402, 405, 407, 409, 410, 411, 413, 419, 420, 421, 436, 444, 480, 482, 484, 500, 522
Abuz de alcool şi alcoolism 220, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 421
Abuz de drog 68, 277, 332, 334, 336
Abuz de substanţă 277, 314, 332, 402
abuz sexual 212, 248, 276, 278, 280, 286, 294, 409, 413, 444, 482, 484, 522
Academia Americană de Neurologie 371
Academia Americană de Psihanaliză 157
Act ratat 26, 32, 91
Acting out 50, 117, 177, 394, 435
Activitate, şi examinarea stării psihice 90, 205
adaptare 81, 121, 130, 184, 194, 209, 223, 324, 355
Adler, G. 103, 120, 126, 171, 173, 175, 408, 418, 426, 431, 443, 455, 466, 470, 498
Afect 30, 50, 53, 90, 100, 101, 118, 184, 224, 241, 242, 276, 341, 360, 390, 401, 478, 534
Agid, O. 211
Agorafobie 246, 250, 252
agresiunea 214, 239, 299, 307, 457, 459, 499, 540, 553
Ainsworth, M. S. 76
Akhtar, S. 329, 331, 379, 390
Alcoolicii Anonimi (AA) 326, 430
Alcoolism 161, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 480
Alexitimia si adicţia la drog 263, 326, 329, 336, 360
Alianţă de grup 139
Alianţă terapeutică 119, 126, 151, 155, 197, 255, 282, 311, 343, 353, 365, 385, 394, 426, 428, 436, 488, 513
Allen, D.W. 513, 514
Allen, D.W. 59, 169, 273, 276, 283, 285, 286, 357, 360
Alprazolam 251, 420
Alter ego 65
Altruism, ca apărare 72
American Psychiatric Association (Asociaţia Psihiatrică Americană) 17, 82, 88, 94, 202, 223, 234, 235, 245, 252, 253, 262, 264, 266, 271, 292, 297, 357, 376, 387, 389, 390, 404, 405, 415, 451, 477, 478, 479, 481, 490, 501, 502, 530, 531, 545, 551
Amigdala, şi tulburarea de personalitate borderline 248, 274, 413, 414
Amitriptilină 224
Amnezie 272, 273, 276
Anamneză 83, 87, 204, 387
Anderson, C.M. 30, 132
Andreasen, N.C. 22, 86, 184
Andrulonis, P.A. 417

Anonimitate, și subiectivitate în psihoterapie 108, 109, 110
Anorexia nervoasă 338, 340, 341, 343, 344, 346, 347
Anticipare 156, 163, 236, 244, 245, 319
Antipsihotice 154
Antipsihotice atipice 190, 191
Anulare retroactivă 249
Anxietate 8, 28, 40, 48, 55, 70, 82, 89, 126, 129, 153, 186, 191, 195, 205, 212, 220, 236, 239, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 260, 262, 266, 267, 268, 269, 275, 276, 277, 281, 283, 293, 302, 305, 306, 307, 309, 320, 332, 351, 362, 364, 378, 379, 393, 402, 408, 422, 424, 425, 432, 434, 458, 490, 513, 519, 546, 548, 549, 550, 551, 553, 555
Apărări nevrotice de nivel înalt 218
Arieti, S. 216, 217, 221, 228, 229, 230, 239
Ascetism, ca apărare 37, 52
Asociere, și evaluare 86
Aspecte unice ale experienței de grup 135
Atașament anxios-ambivalent 76
Atașament evitant 152, 547
Atașament si teoria atașamentului 32
Atașament sigur (securizant) 76, 278
Automedicație, și abuz de drog 331
Automonitorizare, și evaluare 84
Autostimă 62, 63, 67, 68, 91, 163, 186, 189, 205, 206, 208, 211, 214, 215, 216, 217, 220, 229, 230, 240, 306, 312, 317, 328, 329, 330, 332, 333, 336, 357, 360, 361, 366, 369, 371, 379, 381, 385, 392, 398, 550
Axul hipotalamo-hipofizo-suprarenal 212, 273, 412, 419, 420

B

Bacal, H.A. 68, 69
Balint, M. 46, 56, 68, 329, 391, 392
Barber, J.P. 268
Barkham, M. 222
Bateman, A. W. 141, 178, 179, 406, 410, 411, 422, 423, 424, 425, 431, 447
Bellak, L. 52, 95, 356
Bemporad, J.R. 341
Benzodiazepine 153, 236
Bergner, R.M. 299
Berridge, K.C. 334
Bibring, E. 215, 217, 230, 232
Biggs, K.H. 289
Bion, W.R. 61, 135, 136, 144, 171, 197
Blank, H.R. 293
Blatt, S.J. 120, 187, 218, 225, 331, 333, 334
Boala (demența de tip) Alzheimer 32, 362, 363, 364, 367, 368, 369, 370, 371
Boală psihiatrică 205, 284
Bollas, C. 57, 58, 507, 510, 511, 517
Book, H.E. 44
Boris, H.N. 340, 342, 343, 344
Bornstein 551
Boucek, E.J. 453, 454, 547
Bowen, M. 143
Bowlby, J. 75, 216, 217
Bremner, J.D. 36, 272, 273
Brenner 37, 48, 177, 185, 187, 281
Bromberg, P.M. 282, 340, 344
Bruch, H. 339, 342, 343, 344, 345
Buchele, B.J. 283, 307, 314
Buie, D.H. 238
Bulimie 68, 338, 342, 346, 347, 350, 351, 353
Burnham, D.L. 169, 171, 172, 173, 174, 175, 291, 441
Butler, R.N. 367

C

Calarge, C. 77, 415
Capacitate de cooperare, ca dimensiune a temperamentului 416, 417
Capacitate de potrivire și capacitate parentală 33
Caracter 48, 49, 65, 91, 102, 129, 139, 142, 173, 250, 302, 306, 307, 309, 311, 322, 331, 347, 353, 354, 370, 429, 440, 447, 465, 473, 477, 491, 502, 528, 530, 532, 536, 541
Carbamazepin 420
Carpenter, W.T. 184, 192
Carsky, M. 196
Casement, P.J. 165, 435
Castrare 68, 71, 242, 298, 302, 304, 305, 306, 307, 320, 532, 544
Centrul Psihanalitic de la Columbia 376, 393
Chessick, R.D. 103, 109, 342, 344
Chiesa, M. 178

Ciclul vieţii 449
Ciechanowski, P.S. 151
Cierpka, M. 348, 352, 353
clarificare 111, 113
Cleckley, H. 477, 478
Clivaj 55, 58, 59, 96, 144, 145, 146, 148, 164, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 226, 274, 280, 281, 292, 300, 311, 334, 349, 390, 403, 404, 414, 437, 441, 443
clomipramină 224, 250, 258, 259
Clonazepam 420
Cloninger, C.R. 22, 416, 417, 480, 546
Cogniţie 192, 363
Cohen, D.W. 169, 415, 463, 471
Colson, D.B. 360, 435
Coluziune 146, 147, 148, 173, 237, 311, 490, 494, 498
Comorbiditate 234, 245, 291, 332, 376, 418, 421, 532, 551
Complexul lui Oedip 55, 56, 67, 71
Complianţă 40, 44, 45, 94, 101, 102, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 157, 177, 190, 195, 196, 197, 204, 209, 225, 227, 233, 234, 250, 316, 331, 420, 534
Comportament alimentar 9, 325, 327, 329, 331, 333, 335, 337, 338, 339, 341, 343, 345, 347, 349, 351, 353, 406, 551
Comportament antisocial 277, 480, 481, 482, 485, 486, 487, 488, 491, 500, 507
Comportament autodistructiv 117, 417
comportament nonverbal 26, 92, 93, 110, 111, 121, 168, 394
Comportament sexual 296, 297, 478, 510
comportamentul sexual pervers 297
Compulsii 256, 333
Comunicare 62, 74, 91, 117, 152, 165, 168, 173, 188, 236, 304, 388, 394, 430, 437, 514, 520, 535
Condamnare 253, 493, 494
Conducerea de sine 416
Conflict 21, 22, 32, 38, 52, 70, 78, 117, 144, 146, 168, 185, 186, 208, 251, 263, 270, 275, 277, 282, 293, 322, 328, 348, 357, 391, 485, 550, 556
Confruntare 54, 113, 129, 142, 174, 314, 331, 403, 424, 427, 428, 447, 465, 466, 498
Consiliere şi abuz de substanţă 335
Consultant 435, 437
Continuum expresiv-suportiv 103
Contract 147, 291, 424, 430
Contraindicaţii 127, 128, 141, 142, 148, 233
Contratransfer6, 7, 38, 44, 45, 83, 84, 85, 102, 109, 123, 139, 143, 151, 153, 164, 167, 169, 173, 176, 219, 230, 238, 288, 289, 309, 311, 315, 323, 346, 353, 360, 381, 387, 395, 419, 426, 428, 438, 444, 446, 466, 468, 469, 470, 471, 473, 490, 493, 494, 497, 517, 518, 519, 524, 526, 540, 556
Control activ 504
Cooper, D.E. 59, 120, 169, 223, 250, 325, 331, 449, 452, 453, 470, 544
Copii 33, 36, 54, 76, 85, 89, 187, 188, 204, 210, 243, 247, 254, 255, 257, 277, 280, 284, 297, 303, 306, 307, 309, 313, 316, 326, 348, 357, 358, 368, 390, 391, 403, 468, 475, 482, 533, 534

D

Dahl, A.A. 250
Davanloo, H. 127, 128, 129
Davidson, J.R. T.261, 262, 264, 266
Davies, J.M. 280, 281, 287, 288, 410
De Jonge, F. 234
Debriefing (tehnica de) 263
Deficit 21, 22, 57, 78, 184, 185, 186, 187, 196, 197, 198, 202, 206, 208, 257, 277, 310, 329, 332, 333, 342, 356, 357, 358
Deficit de atenţie 332, 356, 417, 483
Degen, K. 190, 191
Delict 307
Delicvenţi 314, 316, 358
DeMasi, F. 248
Demenţă 362, 363, 364, 367, 369, 370
Depersonalizare 8, 98, 271, 292, 293, 294, 295, 444
Depresie 34, 42, 55, 62, 63, 73, 89, 94, 95, 114, 136, 140, 150, 151, 153, 155, 156, 157, 184, 203, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 228, 229, 232, 233, 234, 257, 277, 329, 350, 401, 423, 466, 491, 513, 551
Depresie psihotică 215, 220
Derealizare 292
determinism psihic 30
Determinismul psihic 30
Deutsch, F. 87

Devalorizare 59, 228, 231, 404, 457, 459, 460, 467, 474
Dexametazonă/hormonul de eliberare a corticotropinei (CRH) 412, 419
Dezinvestire 185, 186
Diagnostic psihodinamic 17, 39, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 94, 95, 101, 128, 145, 167, 169, 212, 275, 337, 357, 369, 375, 376, 377, 389, 390, 400, 401, 402, 405, 407, 417, 449, 451, 456, 470, 477, 478, 479, 490, 491, 492, 502, 504, 507, 509, 524, 531, 532, 545, 551
Dickinson, K.A. 454, 545
Dicks, H. 144, 146
Diferențiere 85, 488
Dimensiunea de Vulnerabilitate–Sensibilitate, a tulburării de personalitate narcisice 454
Disfuncție erectilă 317, 318
Disfuncție sexuală 296, 316, 317, 318, 321, 324
Disociere 263, 272, 283
Dispoziție 92, 100, 108, 214, 220, 223, 228, 254, 326, 363, 367, 419
Distimie 221, 223, 234, 421
Divalproex 420
Dodes, L.M. 328, 330, 333
Dolan 178, 418, 442
Doliu 99, 124, 128, 191, 213, 220, 239, 283, 288, 383, 522, 544
DSM-IV (Manual Statistic și Diagnostic al Tulburărilor Mintale. Ediția a patra) 223, 252, 262, 481
DSM-IV-R și taxonomia 245
DSM-IV-TR (Manual Statistic și Diagnostic al Tulburărilor Mintale. Ediția a patra. Text Revizuit) 88, 94, 202, 234, 245, 252, 266, 271, 292, 297, 357, 387, 388, 404, 451, 452, 454, 478, 479, 501, 502, 504, 513, 530, 531, 545, 550, 556
Dualism minte/creier 355

E

Eagle, M. 65, 78
Eaves, L.J. 187
Edison, T. 358
Educație 156, 200, 228, 240, 336, 498
Eisenberger, N.I. 43
Emoție exprimată (EE) 199
Emotivitate 502, 503, 505, 509
Empatie 43, 64, 65, 74, 75, 86, 110, 117, 151, 165, 175, 228, 306, 310, 359, 395, 451, 469, 472, 476, 478, 479, 494, 507, 550
Engel, G.L. 101
Eșecuri de maturizare secundare 393
Epidemiologie 329, 332, 405, 480, 530
Epstein, L. 381, 393
Erikson, E.H. 70
Eu 5, 48, 57, 58, 59, 67, 95, 96, 106, 108, 109, 115, 117, 120, 131, 161, 163, 174, 184, 186, 189, 190, 197, 198, 202, 208, 214, 217, 244, 253, 294, 347, 366, 380, 395, 430, 432, 433, 434, 439, 450, 461, 483, 486, 493, 495, 523, 525, 526
Evaluare 24, 45, 86, 87, 91, 94, 97, 101, 125, 128, 130, 148, 162, 198, 203, 205, 206, 208, 222, 223, 236, 243, 250, 256, 258, 267, 269, 301, 309, 321, 328, 329, 364, 369, 412, 475, 493, 501, 509, 511, 528, 545, 546
Evaluare dinamică 24, 87, 97
Evitarea răului 416, 417, 546
Examenul fizic și neurologic 93, 94, 204, 205
Exhibiționism 298, 302, 303, 308, 312, 313, 397, 398, 454, 455
Expectații 80, 155, 156, 164, 167, 240, 343, 395, 505
Exploatare interpersonală 449
Externalizare 139, 146, 163, 165, 171, 249, 428, 498
Ezriel, H. 138

F

Factori de mediu înconjurător 254, 417, 546
Factori de risc 236, 409
Factori genetici 210, 257, 326
Factorul de eliberare a corticotropinei (CRF) și depresia 35
Fairbairn, W.R.D. 46, 53, 56, 57, 74, 281, 320, 391, 398
Familii homosexuale și lesbiene 149
Fantasmă 25, 54, 55, 56, 61, 77, 88, 93, 94, 111, 116, 121, 124, 135, 166, 237, 287, 297, 301, 402, 451, 544
Farmacoterapie 24, 151, 154, 155, 156, 219, 224, 227, 250, 321, 436
Fază autistă 72

Federn, P. 187
Fenichel, O. 220, 298, 302, 303, 306, 307
Fenomene clinice, şi baza teoretică a psihiatriei dinamice 15, 21, 22, 25, 30, 32, 40
Fenton, W.S. 195
Fetişism 304, 305, 306, 308
Figueroa, E. 417
Fink, P.J. 101, 272
Flexibilitate 429, 535
Fluoxetină 224, 258, 419, 421, 444
Fluvoxamină 258, 419
Fluxul sangvin cerebral regional (FSCr) şi fobia socială 254
Foa, E.B. 262, 264, 266
Fobia socială 36
Fobie 128, 161, 252, 253, 254, 255, 256, 327, 402, 553
Fogassi, L. 75
Fonagy, P. 16, 36, 57, 76, 77, 99, 105, 121, 141, 178, 179, 278, 279, 287, 406, 410, 411, 422, 423, 424, 425, 431, 434, 447
Formaţiune reacţională 218
Formulare psihodinamică 100, 101
Frances, R.J. 327, 330, 548
Frank, A.F. 196, 227, 408, 436
Frankel, F.H. 272
Frankenburg, F.R. 408, 409, 417, 421
Frawley, M.G. 280, 281, 287, 288
Frese, F.J. 196
Freud, A. 48, 49, 56, 109
Freud, S. 21, 25, 26, 30, 32, 33, 38, 40, 47, 48, 49, 53, 54, 56, 58, 62, 64, 69, 70, 71, 72, 92, 105, 108, 109, 110, 115, 119, 132, 136, 177, 185, 186, 187, 211, 213, 214, 215, 217, 219, 241, 242, 263, 271, 282, 285, 286, 296, 298, 302, 304, 305, 309, 379, 461, 502, 512, 516, 520, 532
Frică 55, 169, 241, 242, 250, 251, 255, 258, 266, 300, 315, 367, 379, 391, 398, 414, 464, 494, 514, 520, 525, 546, 548, 549, 550
Friedman, L. 41, 116, 264
Fromm-Reichmann, F. 103, 186

G

Gallese, V. 75
Ganzarain, R.C. 136, 137, 140, 168, 283, 307, 314, 446
Garner, D.M. 342
Garner, J. 343
Gemelaritate narcisică şi tulburare de personalitate antisocială 494
Gemeni, studii pe ~ 210, 213, 257, 274, 276, 326, 415, 482
Ghid de Practică pentru Tratamentul Pacienţilor cu Tulburare de Personalitate Borderline 418
Gilman, S.E. 211
Gilmore, K. 357, 359, 360
Goldapple, K. 42
Goldberg, A. 300, 310, 311, 408
Goldstein, K. 355, 362
Goldstein, R.B. 236
Gornick, L.K. 527
Gray, J.A. 338, 342, 345, 346
Greenacre, P. 305, 308
Greenberg, J.R. 56, 63, 110
Grotstein, J.S. 61, 185, 187, 280, 281, 287, 392
Grupul de Studiu în Colaborare al Clomipraminei 258
Grupuri eterogene şi terapie de grup 21, 137, 138
Gunderson, J.G. 16, 133, 134, 192, 193, 194, 196, 388, 401, 402, 405, 406, 408, 409, 421, 422, 428, 429, 430, 431, 434, 445, 446, 537, 545, 546, 552, 555
Gurmanzii Anonimi (GA) 349
Gustafson J.P. 129

H

Haas, A.P. 265
Hadley, J.L. 69
Hammen, C. 212, 213
Hartmann, H. 49, 52, 70, 133, 357
Hatfield, A.B. 201
Heim, C. 212
Heinicke, C.M. 133
Hendin, H. 235, 237, 238, 265
hiperkinetică 356
Hipervigilenţă 264, 412, 413, 419, 420, 452, 453, 454, 459, 461, 467, 468, 470, 472, 545, 546
Hipnoterapie 264
Hipnoză 92, 272, 284
Hipocamp 30, 36, 42, 212, 273, 274, 413, 419
HIV 318, 336
Hoch, P. 400

Hogarty, G.E. 194, 195, 199, 201, 202
Holmes, T.H. 89, 140
Homosexualitate 149, 204, 296, 303, 379, 507, 521, 522, 527
Hormon adrenocorticotrop (ACTH) 34, 212, 412, 419
Horowitz, M.J. 98, 115, 116, 127, 128, 261, 275, 503, 508, 514, 515, 533, 534, 537
Horwitz, L. 18, 104, 119, 120, 137, 138, 176, 342, 426, 427, 446, 447, 473
Hsu, L.K. 343, 346, 347
Hughes, P. 342, 345

I

Idealizare 59, 64, 67, 216, 228, 404, 455, 459, 460, 462
Identificare proiectivă 59, 62, 96, 110, 144, 145, 148, 164, 169, 287, 288, 340, 344, 411, 431, 433, 470, 493, 494, 523
Ideologie dominantă, și depresia 221, 229, 230, 239
Imagine corporală 308
Imagistică cerebrală 23
Incest 289, 313, 407, 409, 512
Inconștient 22, 26, 28, 30, 31, 32, 37, 38, 41, 47, 48, 49, 53, 58, 59, 60, 62, 71, 89, 91, 96, 103, 111, 136, 144, 146, 147, 152, 154, 162, 164, 165, 166, 170, 172, 229, 237, 239, 241, 244, 245, 252, 260, 263, 268, 269, 271, 286, 287, 296, 303, 319, 320, 322, 334, 340, 344, 352, 431, 438, 463, 465, 493, 498, 510, 511, 512, 523, 534, 536, 537, 538, 539, 543, 544
Indicații 7, 8, 108, 124, 125, 126, 127, 141, 148, 158, 176, 233, 236, 384, 427
Inhibiție 83, 247, 254, 255, 303, 319, 382, 508, 545, 546, 550
Inhibitori de monoamino-oxidază (IMAO) 420, 482
Inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) 153, 158, 255, 258, 419, 420, 421
Insight 24, 40, 41, 42, 90, 103, 104, 105, 118, 120, 121, 125, 126, 127, 129, 161, 192, 193, 194, 196, 208, 226, 257, 269, 320, 323, 353
Instituția Patuxent (Maryland) 489
Institutul Herstedvester (Danemarca) 489
Institutul Național de Sănătate Mintală 155
Institutul Național de Studiu al Abuzului de Alcool și al Alcoolismului 328
Institutul Național de Studiu al Abuzului de Drog 336
Intelectualizare 218, 532, 538
Inteligență orientată psihologic 311
Internalizarea relațiilor de obiect 54
Interviuri 76, 87, 188, 213, 246, 275, 332
Introiecție 53, 55, 110, 206, 349
Inventarul Bell de Testare a Realității Relațiilor de Obiect 336
Inventarul de atașament al adultului 98
Inventarul de Depresie Beck 222, 423
Inventarul de Personalitate Multifazică Minnesota 454
Invidia de penis 71
Invidie 40, 71, 72, 83, 340, 341, 449, 459, 465, 467, 473, 498, 499, 520, 521
Isterie 11, 47, 63, 142, 242, 271, 272, 282, 366, 480, 481, 501, 502, 503, 504, 505, 508, 509, 510, 512, 513, 514, 515, 528, 535
Istoriile din copilărie 409
Izolare 92, 178, 189, 193, 235, 360, 392, 476
Izolarea afectului 92

Î

Îmbătrânire 306, 449, 474
Închisori 316, 489

J

Jacobson, E. 52, 215, 217, 232, 233, 293
Jamison, K.R. 227, 228
Janet, P. 271
Joffe, W.C. 215
Johnson, C. 409, 484
Johnson, V. 316
Joseph, L. 533
Jung-Beeman, M. 41

K

Kafka, E. 357, 358, 359
Kagan, J. 36, 247, 254, 255, 546
Kandel, E.R. 41, 331

Kanter, J. 201, 209
Kantrowitz, J.L. 105, 125
Kaplan, H.S. 310, 316, 318, 321, 322, 324, 342
Kaplan, L. 301
Karon, B.P. 189, 192, 197
Karterud, S. 406, 442, 488, 554
Keats, C.J. 184, 197
Keel, P.K. 349
Keith, S.J. 184, 189, 192, 199, 203
Kendler, K.S. 23, 187, 210, 211, 213, 247, 254, 326, 347, 388, 552
Kernberg, O.F. 38, 39, 54, 57, 58, 59, 78, 86, 162, 171, 176, 281, 301, 400, 402, 403, 404, 407, 408, 418, 424, 426, 427, 430, 450, 452, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 464, 465, 466, 467, 468, 470, 471, 474, 475, 479, 480, 485, 486, 487, 496, 498, 503, 504, 506
Khantzian, E.J. 329, 330, 331, 332, 333, 337
Kibel, H.D. 176
Killingmo, B. 114, 282
Kingdon, D.G. 197
Kirkpatrick, B. 185
Klein, M. 46, 54, 55, 56, 58, 73, 77, 105, 136, 192, 214, 215, 217, 226
Kluft, R.P. 274, 275, 277, 279, 280, 283, 287, 289, 291, 292
Knight, R. 400, 402
Krystal, H. 263, 264, 273, 336
Kumin, I. 516, 518, 519, 520, 522, 524
Kwon, P. 217

L

Lambert, M.J. 132, 141
Langsley, D.G. 45
LeDoux, J. 248, 285
Lehne, G. 301
Lerner, H.E. 71, 280, 506
Lester, E.P. 110, 517, 522, 526, 527
Levine 63
Lewis, L. 355, 357, 358, 359, 362, 364, 365, 453
Leziune cerebrală 357, 358, 362, 363, 365, 366, 367, 484
Lichidul cerebrorahidian (LCR) şi agresiunea 34
Lichtenberg, J.D. 69
Lieb, R.254, 261, 342
Limbaj 24, 52, 91, 92, 99, 110, 113, 116, 144, 155, 187, 273, 274, 357, 363, 365, 495
Limite şi violări ale limitelor 98, 110, 117, 124, 128, 138, 154, 163, 189, 207, 208, 235, 243, 267, 285, 288, 348, 431, 434, 435, 438, 444, 454, 526
Lindon, J.A. 69
Lindy, J.D. 264, 265
Linehan, M.M. 425, 447
Lista-90 de Simptome Revizuită 423
Litiu 100, 152, 153, 154, 220, 227, 420, 421
Loewald, H.W. 105
Luborsky, L. 103, 104, 119, 120, 125, 126, 130, 132, 157, 268
Luisada, P.V. 507
Lyons-Ruth, K. 122

M

MacKenzie, K.R. 127, 138, 141
MacKinnon, R.A. 80, 81, 82, 90, 507, 509, 513, 519
MacMillan, H.L. 200, 277
Mahler, M.S. 6, 72, 73, 187, 407, 461
Maltsberger, J.T. 238, 432, 533, 537, 539
Mamă suficient de bună 56
Mamet, D. 498
Manie 214, 226
Mann, J. 127, 128
Marmer, C.R. 277, 280, 283
Marziali, E. 119, 447
Masochism 303, 304, 454, 505
Massie, H. 305, 306
Masters, W.H. 316
Masterson, J.F. 408, 418, 426, 445
Matthews, S.M. 184, 189, 192, 199
Mauron, A. 33
Mânie 249, 286, 312, 319, 320, 331, 352, 363, 365, 376, 386, 401, 405, 407, 419, 420, 431, 438, 511, 520, 523, 533, 543
McCullough, P.K. 533, 537, 539
McDougall, J. 308, 310
McGlashan, T.H. 184, 194, 195, 197, 388, 406, 407
Mecanisme de apărare 5, 48, 49, 58, 102, 172, 217, 218, 229, 241, 252, 274, 361, 363, 378, 402, 403, 438, 457, 458, 475, 508, 542
Mediu conţinător (de holding) 163, 337, 428, 435, 544

Mednick, S.A. 183, 188
Meloy, J.R. 478, 479, 480, 484, 486, 488, 493, 494, 496, 497, 498
Memorie 26, 28, 86, 92, 263, 273, 274, 276, 356, 358, 360, 362, 363, 364, 369, 371, 408, 440
Memorie asociativă 28
Menninger, K.A. 16, 17, 18, 80, 81, 88, 104, 118, 122, 129, 161, 219, 244, 426, 427, 435, 522, 532, 533, 556
Mentalizare 77, 99, 102, 105, 248, 249, 261, 280, 283, 410, 411, 423, 424, 433, 439, 461, 467
Michels, R. 44, 80, 81, 82, 90, 452, 507, 509, 513, 519
Miklowitz, D.J. 227
Miller, S. 16, 233, 236, 300, 462, 463, 550
Milrod, B.L. 246, 247, 248, 249
Minuchin, S. 143, 339
Mitchell, J.E. 353, 467
Mitchell, S.A. 56, 58, 63, 109, 115, 299, 300, 302, 303, 304, 305, 349, 507
Moclobemidă 224
Model topografic al minții 26, 47
Modele animale, ale factorilor de mediu versus cei genetici în dezvoltare 33, 34, 36
Modell, A.H. 285, 317, 426, 461
Modelul moral 325, 326
Modelul psihobiologic al personalității 416, 546
Money, J. 301
Munroe-Blum, H. 447
Murphy, W.F.87, 330

N

Nachmias, M. 546
Nagin, D.S. 499
Naltrexonă 421
Narcoticii Anonimi (NA) 337
Nash, M.R. 278
Nasper, E. 190, 191
Nefazodonă 420
Negare 50, 51, 58, 59, 100, 113, 214, 226, 298, 311, 312, 349, 362, 368, 403, 486, 522, 528
Nemeroff, C.B. 210, 211, 212, 233, 419
Nemiah, J. 18, 21, 243, 246, 252, 257, 271, 292, 293
Neputință 262, 272, 280, 289, 290, 291, 305, 316, 333, 358, 402, 494, 504
Neurobiologie 10, 41, 411
neutralitate și subiectivitate în psihoterapie 499
neutralitatea 108, 109, 110, 114
Nevroză actuală 241
Newman, K.M. 69, 533, 535, 537, 548

O

Obiect al Sinelui 37, 65, 67, 68, 73, 115, 147, 300, 305, 330, 341, 359, 443, 459
Obsesii 256
Ogden, T.H. 53, 54, 55, 58, 59, 61, 103, 137, 165, 178, 187, 291, 300, 378, 394
Ogrodniczuk, J.S. 472
Olanzapină 421
Olin, S.S. 183, 188

P

Pacienți anaclitici și mecanisme de schimbare 120, 218, 229
Panică 8, 68, 95, 186, 220, 236, 241, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 254, 257, 267, 293, 321, 364, 376, 386, 402, 430, 445, 532
Panksepp, J. 43
Parafilie 296, 297, 298, 301, 308, 310, 313
Paranoia 153, 381, 505
Paris, J. 406
Paroxetină 42, 43, 258
Parsons, M. 300
Pasiv/efeminat, subtip de tulburare de personalitate isterică 507
Pedofilie 301, 306, 307, 309, 314, 315, 316
Perfecționism 338, 346, 534
Perlaborare 7, 117, 140, 272, 283, 285, 397
Perry, S. 36, 44, 59, 94, 169, 262, 555, 556
Persistență, ca dimensiune a temperamentului 292, 416
Perversiune 296, 297, 298, 300, 301, 306, 313
Pincus, A. L. 454, 545
Pine, F. 78, 79, 96, 97, 104, 115, 120, 164, 165
Piper, W.E. 128, 132, 138, 442, 472
Placebo 152, 155, 156, 225, 258, 264, 419, 420
Polatin, P. 400
Posner, M.I. 74

Poziţie autist-contiguă 291
Practica clinică 77, 193, 306, 427, 501
Preconştient 26, 49
Presupunerea de luptă/fugă 135, 136, 248
Prevalenţă 257, 293, 342, 367, 377, 480, 484, 532, 544, 545
Prevenţie 10, 499
Programare epigenetică 36
Programul de Cercetare în Colaborare a Tratamentului Depresiei 155
Proiecţie 48, 55, 61, 141, 144, 175, 206, 252, 349, 403, 534
Proiectul de Psihoterapie de la Sheffield 222
Proiectul McLean asupra angajării în psihoterapie a pacienţilor borderline 426
Pseudoidentificare malignă, şi tulburarea de personalitate antisocială 493
Psihanaliză 16, 33, 49, 63, 72, 78, 85, 103, 115, 116, 119, 125, 136, 157, 158, 249, 257, 269, 303, 321, 322, 376, 393, 513, 543
Psihiatria descriptivă, comparată cu psihiatria dinamică 24, 80, 94
Psihiatrie biopsihosocială 22
Psihiatrie dinamică 21, 44
Psihoeducaţie 349, 353
Psihologia Eului 5, 46, 47, 48, 52, 53, 64, 68, 70, 72, 95, 402, 460
Psihologia Sinelui 5, 7, 46, 63, 65, 67, 69, 78, 95, 106, 117, 147
Psihopat 477, 478, 480, 486, 494, 496
Psihopatie 478, 480, 481, 484, 491, 497
Psihoterapia expresivă 104, 115, 127, 513
Psihoterapia suportivă 103, 104, 125, 130
Psihoterapie individuală 103, 104, 140, 141, 142, 149, 191, 264, 337, 345, 352, 393, 397, 423, 444, 446, 447, 496, 498, 513, 528, 549
Psihoterapie pe termen lung 106
Psihoterapie scurtă 127, 128, 131
Putnam, F.W. 271, 272, 274, 275, 276

R

Raţionalizare 218, 486
Rahe, R.H. 89
Raine, A. 482, 483, 484
Ramsey-Klee, D.M. 133
Rangell, L. 177
Rapaport, D. 52
Ratey, J. 341
Rauch, S.L. 273
Reabilitare 190, 191, 198, 331, 366
Reacţie catastrofică 362, 363
Reacţie contratransferenţială 167, 168, 179, 238, 283, 514
Reacţii aniversare, şi stres 89
Realizările corective şi tulburarea de personalitate narcisică 475
Reapropiere 73
Recădere 190, 200, 201, 227, 325, 330
Reducţionism 22, 33, 243
Reţeaua Norvegiană de Spitale Psihoterapeutice de Zi 442
Refulare 51, 59, 167, 242, 271, 514, 528
Registrul Gemenilor din Virginia 213
Regresie 36, 119, 124, 136, 140, 144, 186, 307, 332
Reich, G. 234, 250, 348, 352, 353, 376
Reiser, M.F. 82
Reiss, D. 36, 75, 482, 483, 499
Relaţii de obiect 32, 53, 56, 61, 97, 105, 125, 126, 128, 144, 145, 177, 231, 255, 261, 304, 310, 314, 320, 322, 402, 403, 404, 416, 420, 433, 457, 459, 461, 487, 489, 505, 550
Relaţionarea bimodală 158
Repetiţie 84, 263, 344
Represie 96, 103, 167, 508
Rezistenţă 7, 40, 44, 47, 76, 108, 139, 146, 147, 151, 154, 158, 161, 174, 229, 230, 232, 250, 255, 265, 289, 306, 314, 319, 394, 466, 499, 517, 520, 554
Riesenberg-Malcolm, R. 511, 514
Ringstrom, P.A. 147, 148
Rinne, T. 412, 419
Rinsley, D.B. 54, 163, 172, 408, 418, 445, 449, 450, 460, 461
Risperidonă 190
Ritual 152, 259
Robbins, M. 187
Ronningstam, E. 475
Rose, P. 454, 474
Rosenbaum, J.F. 254, 255
Rosenberg, S.J. 364, 365
Rosenfarb, I.S. 200
Rosenfeld, H. 293, 453
Rothbart, M.K. 74
Rothstein, A.A. 357, 359, 461

Ruşine 40, 70, 311, 314, 333, 334, 392, 397, 439, 452, 453, 454, 461, 516, 547, 548, 549, 550

S

Sacher-Masoch, L. von 303
Sacks, O. 190
Sadism 167, 233, 304, 487, 522, 536
Salzman, C. 227, 419, 537, 538, 542
Sandler, J. 53, 62, 77, 109, 166, 215, 217, 429, 518
Sarcina 257, 384
Scala de depresie postnatală Edinburgh 223
Scala de Evaluare a Capacităţii de Funcţionare Reflectivă 410
Scala Experienţei Disociative 274, 275
Schafer, R. 53, 57, 58, 93
Scharff, D.E. 145, 320, 322
Scheidlinger, S. 140
Schizofrenie 44, 90, 150, 154, 176, 177, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 204, 208, 321, 377, 388, 400, 401
Schmahl, C.G. 413
Schwartz, M.S. 149, 173, 176
Sclavia sub coerciţie 432
Se 47, 48, 49, 109, 186, 241, 242
Searles, H.F. 167, 169, 198, 237, 239, 395, 439
Selvini Palazzoli, M. 143, 339
Selzer, M.A. 196, 203
Serotoninergic 34, 35, 417
Sertralină 258
Sfătuire, şi psihoterapia expresivă 104, 106, 107, 114, 115
Shapiro 145, 171, 173, 174, 222, 377, 378, 379, 498, 508, 533, 534, 535
Sherwood, M. 32
Shin, L.M. 263, 273
Sifneos 127, 129, 249, 263
Sildenafil, citrat de 316, 321
Silk, K.R. 417
Simbioză şi dezvoltare 72
Simeon, D. 293, 294, 295
Simmel, E. 161
Simpson, W.S. 319
Simptome de conversie 402
Sindromul lui Briquet 502
Sine 5, 22, 25, 38, 42, 48, 50, 54, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 84, 85, 90, 92, 94, 95, 98, 99, 102, 105, 108, 109, 118, 120, 121, 123, 125, 127, 128, 130, 145, 147, 152, 155, 163, 167, 169, 186, 189, 191, 196, 198, 207, 213, 215, 216, 217, 221, 229, 230, 232, 237, 242, 243, 248, 264, 272, 275, 278, 281, 282, 287, 291, 292, 294, 300, 301, 302, 306, 312, 323, 334, 338, 339, 340, 341, 342, 345, 348, 351, 352, 359, 360, 361, 363, 367, 370, 371, 379, 390, 392, 394, 395, 397, 398, 403, 404, 411, 412, 416, 417, 420, 432, 438, 443, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 464, 468, 470, 472, 475, 478, 486, 494, 499, 503, 509, 510, 515, 531, 533, 535, 536, 538, 542, 543, 544, 545, 546, 549, 551, 554
Sine fals 57
Sine grandios-exhibiţionist 64, 475
Sinele bipolar 65
Singer, T. 43
Sistem nervos autonom 34
Skodol, A.E. 376, 393, 406, 415, 544, 551
Slipp, S. 139, 145, 146, 149
Somatizare 142, 249, 480, 481
Spiegel, D. 272, 273, 275, 276, 285
Spitale de zi 161
Spitalizare 117, 160, 166, 176, 177, 178, 193, 196, 202, 203, 204, 205, 224, 231, 236, 259, 284, 291, 312, 315, 336, 342, 343, 345, 350, 351, 353, 422, 424, 425, 430, 437, 441, 442, 458, 466, 485, 488, 489, 490, 553
Squire, L.R. 26
Stamm, J. 162, 163, 293
Stanton, A.H. 173, 176, 192
Stare psihică 90, 98, 205, 258, 370
Stern, D. 6, 73, 74, 123, 157, 158, 316, 348, 352, 357, 365, 366
Stoller, R.J. 71, 296, 297, 298, 299, 302, 303, 310
Stolorow, R.D. 37, 63, 304, 451, 466
Stone, M.H. 135, 137, 389, 392, 393, 395, 399, 406, 407, 449
Strauss, J.S. 184
Studiul Administraţiei Penn a veteranilor 193
Studiul de la Spitalul de Stat Camarillo 191

Studiul de Psihoterapie de la Boston 192
Studiul Epidemiologic Național asupra Alcoolului și Stărilor corelate 329, 530
Studiul finlandez pe familii adoptive 188
Studiul Multidisciplinar de Dezvoltare și de Sănătate Dunedin 482
subiectivitatea terapeutului 63
Sublimare 48, 52, 72
Suicid 89, 91, 142, 154, 170, 220, 235, 236, 237, 238, 239, 265, 276, 277, 291, 346, 350, 406, 423, 424, 432, 444, 455, 495, 536
Sullivan, H.S. 183, 186, 346
Suomi, S.J. 34, 35
Supraeu 47, 54, 96, 109, 167, 214, 215, 216, 217, 219, 229, 241, 242, 334, 347, 483, 496, 505, 532, 534
Sutherland, J.D. 56, 57, 58, 548
Svartberg, M. 133
Symington 164, 493
Szajnberg, N. 305, 306

Ș

Școala britanică 46, 56, 57, 63, 69, 392

T

Teoria axei duble 65, 455
Teoria dezvoltării 87, 341
Teoria pulsiunilor 56, 299
Teoria relațiilor de obiect 46, 52, 53, 56, 58, 63, 69, 72, 76, 95, 145, 146, 176, 402
Terapia comportamentală, terapia cognitiv-comportamentală 196, 197, 221, 222, 223, 258, 263, 310, 328, 335, 349, 350, 353, 422, 447
Terapia sistemică familială 143
Terapie de grup 138, 139, 140, 176, 199, 314, 331, 396, 397, 398, 422, 423, 425, 446, 447
Terapie familială și maritală 7, 100, 135, 143, 146, 147, 148, 149, 195, 312, 313, 317, 319, 322, 323, 342, 346, 353, 474
Terapie psihosexuală 322
Test Rorschach 93
Testosteron 310
Testul apercepției tematice 93
Thoreau, H.D. 399
Tienari, P. 188
Torgersen, S. 377, 405, 415, 545
Torok, M. 71
Transcendența de sine 416
Transfer de obiect al Sinelui de tip opozițional 68
Transfer erotic 516, 518, 519, 520, 521, 522, 524, 525, 526, 527
transfer idealizant 330, 436, 456, 468
Transfer în oglindă 64, 455, 456
Tratament combinat 7, 42, 150, 157, 224, 234, 235
Tratament după spitalizare 178
Tratament în spital 406, 553
Traumă 31, 57, 76, 261, 264, 265, 271, 273, 275, 278, 285, 302, 306, 322, 323, 362, 410, 415, 417, 433, 512
Travestism 301, 307, 308, 313
Treece, C. 331, 332, 333, 337
Tremblay, R.E. 499
Triunghi al insight-ului 524
Tulburări afective 176, 218, 236, 350
Tulburări disociative 266, 281, 283, 284, 287, 292, 294
Tulburările datorate utilizării de substanțe 325
Tulburările de personalitate schizoidă 387, 388, 393, 397, 398, 461
Tulburările disociative 271, 274
Tulburare acută de stres 266
Tulburare afectivă bipolară 100, 154, 226, 227, 421, 422, 551
Tulburare de excitație 318
Tulburare de identitate disociativă 271, 275, 508, 509
Tulburare de panică 8, 95, 186, 220, 252, 254, 257, 267, 293, 321, 364, 376, 430, 532
Tulburare de personalitate antisocială (TPAS) 302, 306, 309, 315, 329, 332, 333, 335, 337, 406, 478, 481, 483, 485, 507, 527
Tulburare de personalitate borderline 42, 169, 178, 280, 350, 352, 353, 400, 418, 419, 456, 458, 484, 490, 506, 513
Tulburare de personalitate dependentă 550, 552
Tulburare de personalitate histrionică 481, 501, 503, 504, 506, 507, 512, 513

Tulburare de personalitate isterică 481, 501, 502, 503, 504, 506, 507, 508, 509, 510, 513, 515, 524
Tulburare de personalitate narcisică 95, 306, 400, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 460, 461, 462, 463, 465, 466, 468, 469, 472, 474, 475, 479, 485, 486, 487, 496, 504, 507, 529, 546
Tulburare de personalitate paranoidă 375, 376, 377, 378, 379, 383, 387, 393
Tulburare hiperkinetică 483
Tulburare obsesiv-compulsivă 256, 257, 258, 259, 260, 293
tulburarea acută de stres anxioasă 266
Tulburarea de identitate disociativă 271
Tulburarea de personalitate evitantă 530, 544, 545, 551
Tulburarea de stres posttraumatic 261, 271, 419, 422
Tulburarea de tip anxietate generalizată 266
Tulburarea somatoformă 502
Turkington, D. 197
Tyson, P. 71

U

Unitatea de Zi Halliwick 422, 424, 425, 442, 447
Universitatea Columbia 157

V

Vaginism 318
Vaillant, G.E. 49, 72, 218, 326, 327, 328, 330, 331, 480, 498, 531, 556
VandenBos, G. 192
Vârstă 203, 211, 212, 255, 280, 339, 363, 475, 499, 536, 556
Vârstnic 72, 223, 367
Venlafaxină 420
Veteranii din Vietnam, şi tulburarea de stress posttraumatic 263, 265, 273
Vinovăţie 40, 70, 89, 124, 130, 153, 218, 229, 233, 239, 242, 262, 288, 313, 314, 322, 333, 334, 368, 402, 434, 478
Violări ale limitelor 522
Violenţă 386, 387, 492
Vise 119
Vitousek, K.M. 338, 342, 345, 346
Voierism 298, 302, 303, 308
Vulnerabilitate narcisică 216

W

Waelder, R. 96
Waldinger, R.J. 434, 435, 436
Wallerstein, R.S. 78, 103, 104, 116, 122, 124, 126, 427, 503, 504, 555
Weiss, J. 166, 380
Werman, D.S. 104, 115, 119, 126
Wiborg, I.M. 250
Wilberg, T. 141, 442
Wink, P. 454
Winnicott, D.W. 38, 46, 56, 57, 68, 73, 74, 105, 163, 392, 393, 394, 395, 431, 461
Winston, A. 104, 106, 127, 133, 537, 547, 554
Wolf, E. 67, 68
Wong, N. 244, 472, 473
Wurmser, L.332, 334, 547

Y

Yager, J.45, 347, 349, 350
Yehuda, R. 273
Young, W.C. 280

Z

Zabenko, G.S. 367
Zanarini, M.C. 401, 405, 406, 408, 409, 417, 421
Zetzel, E.R. 257, 426, 503, 504, 505
Zweig-Frank, H. 408, 418